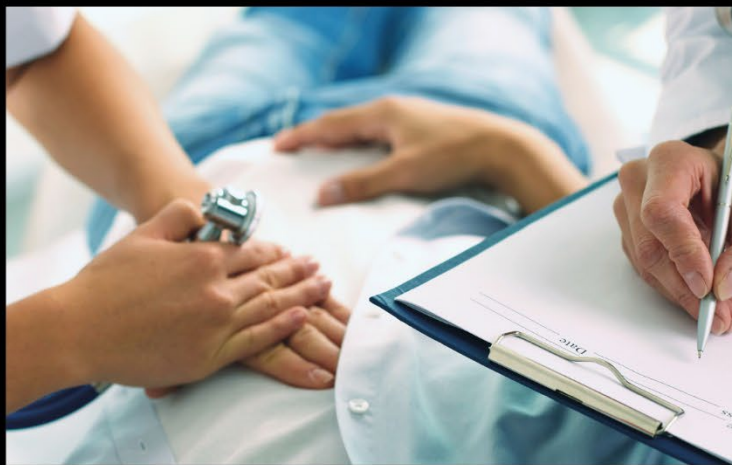
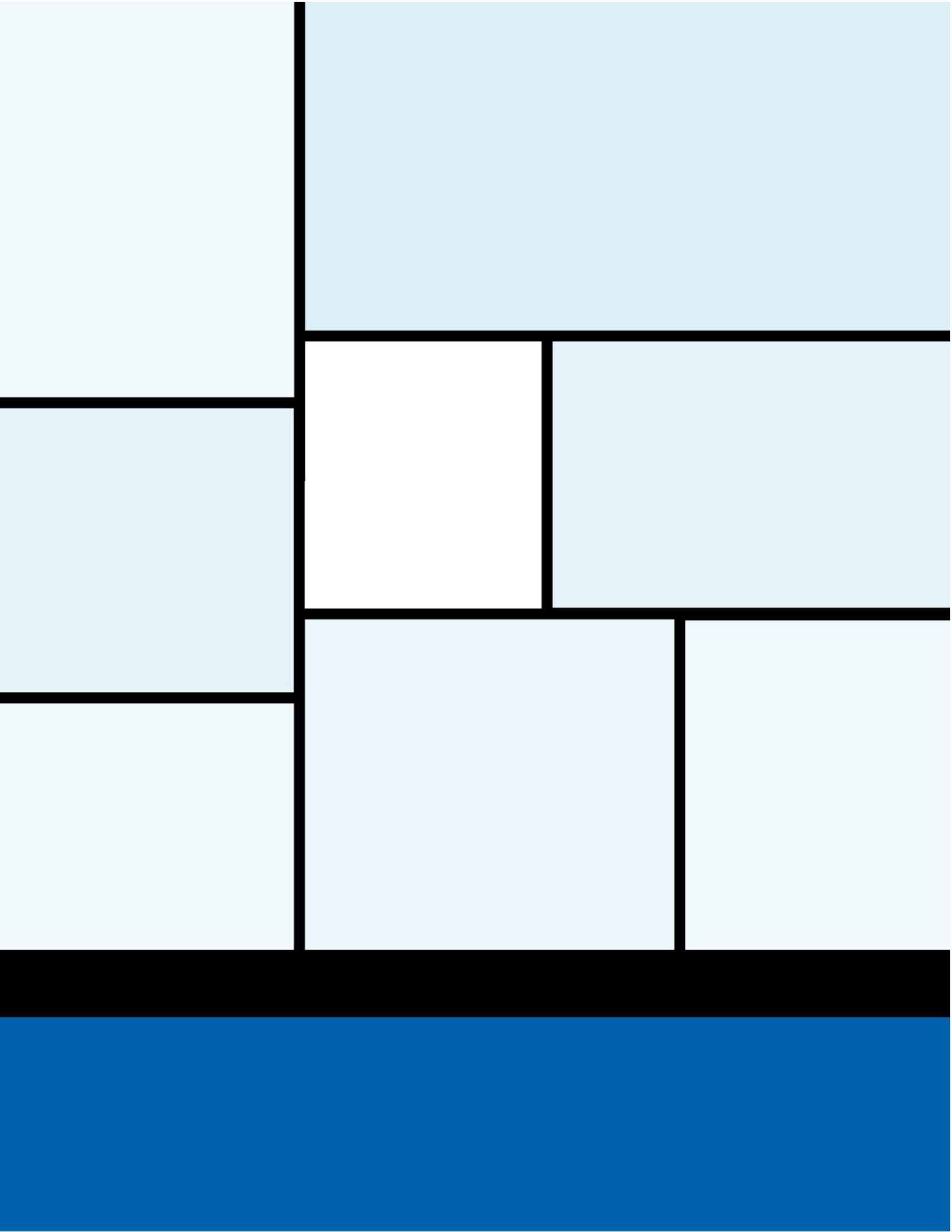




Rapport annuel de gestion 2022-2023



Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches



Rapport annuel de gestion

2022-2023

Recommandé
par le conseil
d'administration
au MSSS
le **13 juin 2023**

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

*Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 

Le Rapport annuel de gestion 2022-2023 est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches :

363, route Cameron

Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Web du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : ciyssca.com

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN : 978-2-550-95008-0 (version PDF)

COM 2023-064

TABLE DES MATIÈRES

1.	Le message des autorités.....	7
2.	La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	9
3.	La présentation de l'établissement et les faits saillants	10
	La mission de l'établissement	10
	La vision de l'établissement	10
	Les valeurs organisationnelles	11
	La structure organisationnelle	12
	Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	14
	Les faits saillants	29
4.	Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	34
	Chapitre III : Attentes spécifiques	34
	Chapitre IV : Engagements annuels.....	39
5.	Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	59
	L'agrément	59
	La sécurité et la qualité des soins et des services	62
	Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission.....	78
	L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	78
	L'information et la consultation de la population	79
6.	L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie	79
7.	L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse.....	81
8.	Les ressources humaines.....	85
	Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné	85
	La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	86
9.	Les ressources financières	87
	Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	87
	L'équilibre budgétaire	88
	Les contrats de service	89
10.	Ressources informationnelles	89

TABLE DES MATIÈRES (suite)

11. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	90
12. La divulgation des actes répréhensibles.....	91
13. Les organismes communautaires.....	92
14. Annexe : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	99

1. Le message des autorités

Nous vous présentons avec fierté le Rapport annuel de gestion 2022-2023 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches. L'année 2022-2023 a été, une fois de plus, une année chargée. La reprise des activités régulières postpandémie, l'accentuation de la pénurie de main-d'œuvre et la présence de nombreux virus circulant dans la communauté ont créé une grande pression sur les différentes équipes de travail du CISSS de Chaudière-Appalaches. Malgré cela, force est de constater qu'une fois de plus, l'engagement indéniable de tout le personnel clinique, médical, de soutien et administratif est toujours présent.

Les activités en centre de vaccination se sont poursuivies et étendues durant toute l'année. En plus de continuer à offrir la vaccination contre la COVID-19, nos équipes ont administré les vaccins contre l'influenza et la variole simienne. Elles ont aussi effectué le rattrapage de la vaccination destinée aux enfants âgés de 4 à 8 ans, habituellement effectuée en milieu scolaire, qui avait été mise sur pause pendant la pandémie.

L'année 2022-2023 nous a permis de bonifier la gestion de proximité avec l'entrée en fonction de nos nouveaux directeurs généraux de réseaux locaux de services. De plus, différents projets pour améliorer la fluidité du parcours de soins et de services des usagers ont été menés, que ce soit en amont à l'hôpital, à l'urgence et sur nos unités de soins qu'en aval à l'hospitalisation. C'est un travail de longue haleine qui a commencé à porter ses fruits et qui se bonifiera sans contredit dans les mois à venir.

Le défi de la main-d'œuvre ayant été bien présent toute l'année, différentes actions ont été déployées, autant pour le recrutement que pour la fidélisation du personnel. Notons le retour des Journées emplois, les actions intensifiées en matière de recrutement international et la poursuite de programmes de formation accélérée qui ont garni nos rangs de nouveaux employés. S'inscrit également parmi ces actions toutes celles ayant menées à l'obtention de la certification *Entreprise en santé* de niveau Élite +, le plus haut niveau de certification octroyé. Plusieurs autres initiatives et projets ont été mis en œuvre pour nous assurer d'avoir du personnel qualifié et en quantité suffisante afin d'offrir des soins de santé et des services sociaux de qualité à toute la population.

Afin d'attirer et former la relève médicale pour une pratique adaptée à notre région, la construction du pavillon d'enseignement de la médecine, adjacent à l'édifice de l'Hôtel-Dieu de Lévis, s'est achevée. Les premiers étudiants y sont entrés en février. Pour ce qui est du projet « Aventure médecine », nous voilà à l'aboutissement d'efforts consentis sur plusieurs années. Des étudiants en médecine ont commencé à réaliser leur externat longitudinal intégré dans nos hôpitaux au cours de la dernière année.

Sur le plan des projets d'infrastructures, plusieurs se sont poursuivis ou achevés au cours de l'année. Les maisons des aînés et alternatives de Saint-Étienne-de-Lauzon à Lévis et de Black Lake à Thetford Mines accueillent maintenant des résidents. Du côté de Saint-Martin en Beauce, la construction de la Maison des aînés devrait se terminer vers la fin de l'année 2023. En ce qui concerne le centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de Saint-Prospère, il s'est vu transformé en ouvrant les espaces physiques et en y implantant la philosophie de milieux de vie qu'on retrouve en maison des aînés. Le projet d'aménagement d'un bloc endoscopique à l'Hôpital de Montmagny a été complété. De plus, le projet d'agrandissement et de rénovations de l'urgence de l'Hôpital de Thetford se poursuit dans les délais et les budgets prévus.

Par ailleurs, les services aux jeunes et leur famille se sont bonifiés par l'ouverture du local d'Aire ouverte à Saint-Georges en Beauce. Il s'agit d'un espace offrant, sous un même toit, des services intégrés de santé physique et des services psychosociaux destinés aux jeunes. De plus, le projet « Ma Famille, ma communauté » a été lancé dans la MRC des Appalaches grâce à un partenariat entre plusieurs acteurs de l'endroit, dont le CISSS de Chaudière-Appalaches. Le projet vise à s'assurer de renforcer le tissu social autour des jeunes et des familles plus vulnérables.

La dernière année fût riche en accomplissements et en défis de toutes sortes. Nous tenons à remercier chacun des membres du personnel, des gestionnaires et des médecins pour leur travail et leur dévouement qui ont permis ces accomplissements, tout en offrant des soins et des services de qualité à la population de la région!



Brigitte Busque,
Présidente du conseil d'administration



Patrick Simard,
Président-directeur général



2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches ne dispose pas de direction d'audit interne. Par contre, l'équipe de l'EGI, de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, coordonne et procède aux validations requises auprès de toutes les directions concernées et assure la gestion documentaire du processus et des travaux réalisés.

En ce qui concerne les données financières, les contrôles et les processus internes font l'objet d'une opinion par l'auditeur externe. De plus, les processus internes sont éprouvés et permettent de détecter les anomalies, le cas échéant. La cohérence et le caractère plausible de l'information sont sous la responsabilité de la cheffe de la comptabilité.

Les résultats et les données du Rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2022-2023 du CISSS de Chaudière-Appalaches :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- exposent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2023.

Le président-directeur général,



Patrick Simard

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

La mission de l'établissement

Voici les responsabilités du CISSS de Chaudière-Appalaches telles que définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- Établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau;
- Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du RTS.

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CISSS de Chaudière-Appalaches doit :

- Être au cœur d'un RTS;
- Assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (centre local des services communautaires (CLSC), hôpital, centre d'hébergement, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre de réadaptation), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- Conclure des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques-réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

La vision de l'établissement

Le CISSS de Chaudière-Appalaches place les usagers au cœur de la nouvelle organisation de services et les implique dans les décisions qui les concernent afin qu'ils vivent une expérience de soins et de services qui répond à leurs besoins.

Il offre aux usagers des services performants et hautement intégrés qui assurent un parcours de soins et des services continus, de qualité et efficaces, ainsi qu'une facilité et une équité d'accès.

Pour ce faire, la collaboration entre tous les acteurs de l'organisation est hautement valorisée et se vit au quotidien. Pour réaliser pleinement sa mission et agir sur les déterminants de la santé, le CISSS de Chaudière-Appalaches mise sur des partenariats durables avec les divers acteurs de la communauté.

L'organisation assure l'amélioration continue de ses services, favorise et soutient les innovations émergentes du terrain, le partage des expertises et l'intégration des données probantes dans les pratiques.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches réalise sa mission en s'appuyant sur un personnel engagé, compétent et humain. En reconnaissant la valeur première des personnes qui composent l'organisation, il contribue par ses actions à favoriser leur santé et leur mieux-être.

La vision en une phrase : Des gens de cœur unis pour votre mieux-être!

Les valeurs organisationnelles

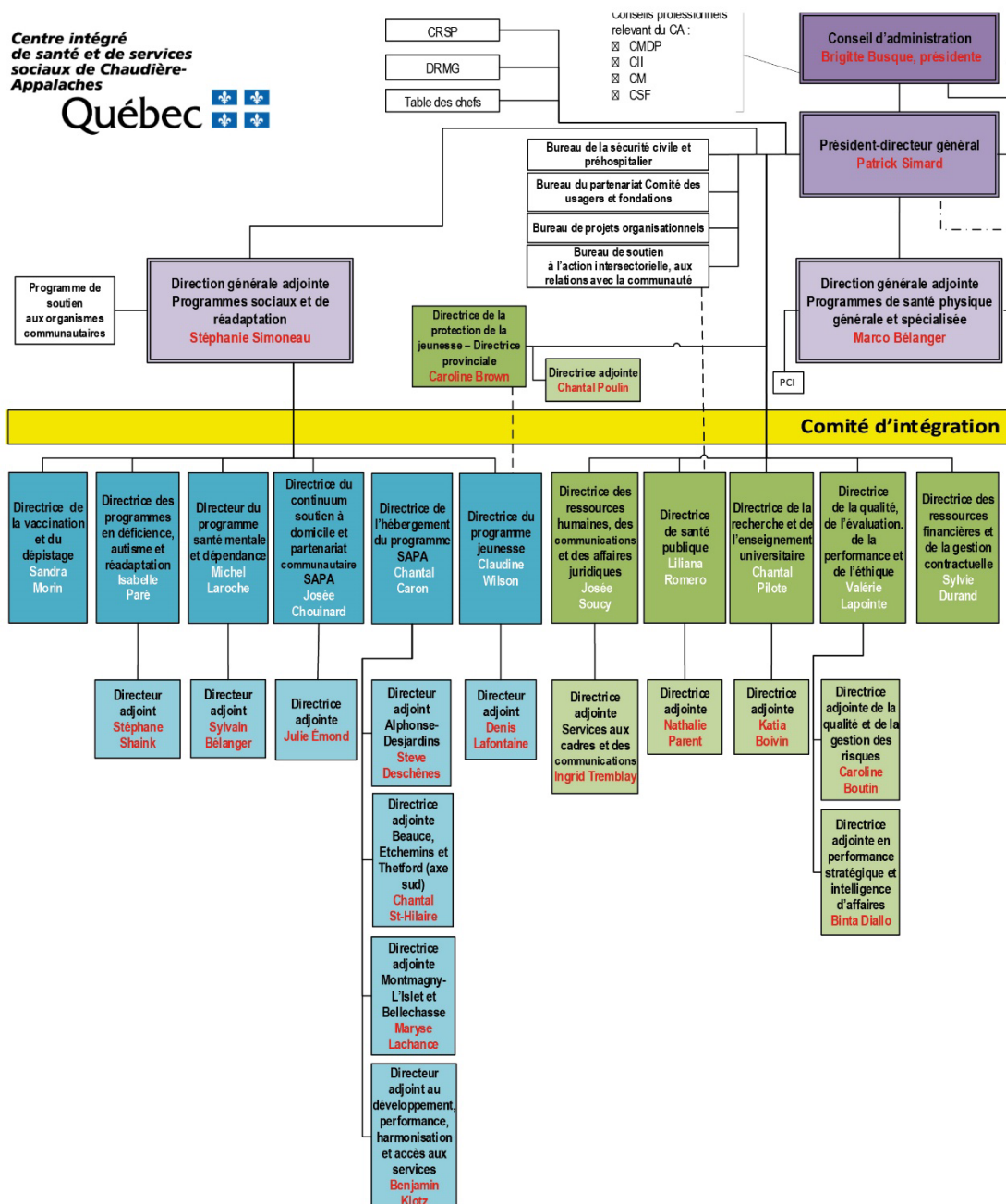
Humanisme : Au CISSS de Chaudière-Appalaches, nous énonçons clairement notre croyance en l'humain. Nous reconnaissons l'unicité de chaque personne, sa dignité et son intégrité. Pour cette raison, l'ouverture à l'autre et l'écoute représentent la base du comportement bienveillant, tout en favorisant l'autodétermination de chaque individu et en encourageant le pouvoir d'agir.

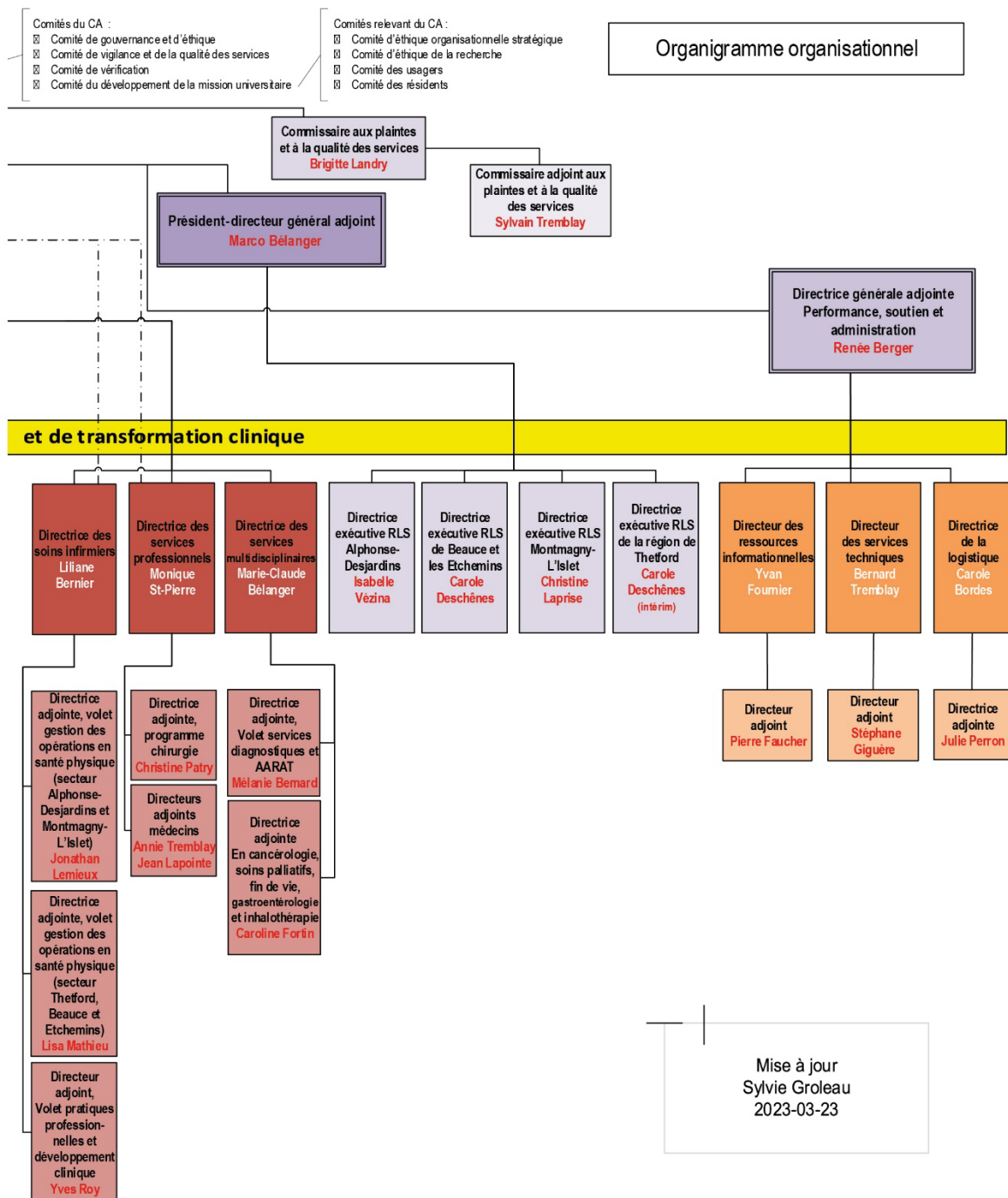
Collaboration : Pour assurer une fluidité dans les soins et les services offerts à la population et construire un nouveau « nous » solide, la collaboration nous appelle à travailler ensemble avec nos usagers et partenaires en complémentarité, au-delà de nos différences, en priorisant la cohésion et la coresponsabilité des parties.

Équité : Comme réponse aux défis actuels d'accessibilité et d'harmonisation des soins et des services dans la région, l'établissement met de l'avant la valeur d'équité comprise comme étant l'adaptation et la distribution juste des ressources, avec souplesse et en cohérence avec les besoins individuels et collectifs.



La structure organisationnelle





Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est imputable, avec le président-directeur général, des responsabilités confiées au CISSS de Chaudière-Appalaches et de l'actualisation des orientations nationales. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Christian Dubé, a annoncé la nomination des membres désignés le 26 mars 2018 ainsi que des membres indépendants et des membres représentant les organismes du milieu de l'enseignement du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches le 30 septembre 2018, et ce, conformément à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Tous les candidats ont été sélectionnés en tenant compte de différents critères, notamment la parité femmes/hommes, la représentativité des différentes parties du territoire couvert par chaque établissement, de même que la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble de ses usagers. Plus spécifiquement, concernant les membres indépendants, les candidates et les candidats choisis devaient également satisfaire à certaines exigences quant à leur profil de compétence, d'expertise et d'expérience dans divers domaines, notamment en gouvernance, en gestion des risques, en finance et comptabilité, en ressources immobilières, informationnelles ou humaines, en protection de la jeunesse, en santé mentale ou à titre d'utilisateur des services sociaux. Le ministre s'est également assuré que les conditions requises pour agir à titre de membre indépendant au sein d'un conseil d'administration sont respectées.

Le conseil d'administration a tenu sept séances ordinaires, une séance publique d'information annuelle et huit séances extraordinaires.

Conseil d'administration (CA)	
Les officiers	
Mme Brigitte Busque	Présidente
M. Jérôme L'Heureux	Vice-président
M. Patrick Simard	Secrétaire
Les membres du CA	
Dr Marc-Yves Bergeron	Département régional de médecine générale (DRMG)
Dr Simon Bordeleau	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Mme Brigitte Busque	Présidente, compétences en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
Mme Josée Caron	Compétence en gouvernance ou éthique
Mme Diane Fecteau	Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
M. Mathieu Fontaine	Expertise dans les organismes communautaires
M. Yves Genest	Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
Mme Suzanne Jean	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
M. Jérôme L'Heureux	Expertise en protection de la jeunesse
Dr Jean-François Montreuil	Milieu de l'enseignement
M. William Morin-Roy	Conseil multidisciplinaire (CM)
Mme Catherine Pépin	Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
M. François Roberge	Membre observateur – représentant des fondations

M. Patrick Simard	Président-directeur général
Mme Lise M. Vachon	Comité des usagers (CU)
Poste vacant	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
Poste vacant	Expertise en santé mentale
Poste vacant	Expertise en réadaptation

Rapport de suivi du code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, présenté en annexe, a été adopté le 1^{er} mars 2016. Pour l'année 2022-2023, aucune situation de manquement à ce code n'a été signalée, aucune décision ni sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches peut être consulté sur la page suivante de notre site Web : cisssca.com/cisss/conseil-dadministration/code-dethique-et-de-deontologie.

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de gouvernance et d'éthique	
Mme Josée Caron	Présidente
Mme Diane Fecteau	Membre
M. Yves Genest	Membre
Mme Suzanne Jean	Membre
M. Patrick Simard	Président-directeur général
Faits saillants majeurs Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à deux reprises en 2022-2023 sur les quatre réunions prévues au calendrier. Lors de ces séances, les sujets traités portent sur : • l'éthique organisationnelle; • la présentation d'une proposition de recherche-intervention en lien avec l'éthique organisationnelle en santé et services sociaux; • la présentation de capsules de formation et d'une vidéo portant sur les enjeux actuels dans les conseils d'administration.	

Comité de vigilance et de la qualité des services	
M. Jérôme L'Heureux	Président
M. Mathieu Fontaine	Membre
Mme Lise M. Vachon	Membre
Mme Brigitte Landry	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (membre d'office)
M. Patrick Simard	Président-directeur général (membre d'office)
M. Marco Bélanger	Président-directeur général adjoint (membre d'office en l'absence du président-directeur général)
Faits saillants majeurs Le comité de vigilance et de la qualité des services s'est réuni à quatre reprises en 2022-2023 et les sujets traités portent sur :	

- les différents motifs de plaintes;
- le suivi de la qualité des soins et services en résidences pour personnes âgées ainsi qu'en centres d'hébergement de soins de courte et de longue durée;
- les enquêtes administratives en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF).

Également, une vigie des enjeux particuliers reliés à la COVID-19, au Protecteur du citoyen, à la gestion des risques ainsi qu'à la prévention et au contrôle des infections ont été réalisées.

Comité de vérification

Mme Suzanne Jean	Présidente
M. Jérôme L'Heureux	Membre
Mme Josée Caron	Membre
M. Yves Genest	Membre
Dr Jean-François Montreuil	Membre

Faits saillants majeurs

Le comité de vérification s'est réuni à dix reprises en 2022-2023. Les principaux sujets traités portent sur :

- Le suivi des coûts supplémentaires liés à la pandémie de COVID-19;
- Le suivi des coûts supplémentaires postpandémie de COVID-19;
- Les suivis de gestion annuels : présentation des états financiers et du rapport de l'auditeur externe, adoption du budget initial et suivis financiers périodiques;
- La présentation des priorités organisationnelles des plans de conservation des immobilisations et des équipements;
- Le suivi de l'application des règles en gestion contractuelle.

Comité de développement de la mission universitaire

Mme Katia Boivin	Directrice adjointe de la recherche et de l'enseignement universitaire
Mme Brigitte Busque	Présidente du conseil d'administration
Mme Suzanne Jean	Représentante du conseil d'administration
Dr Gilles Lortie	Représentant de l'Université Laval, cogestionnaire de l'enseignement médical
Mme Dominique Marquis	Représentante de l'UQAR
Mme Chantal Pilote	Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire
M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches
Postes vacants	Représentants du conseil d'administration (2) Représentant de l'Université Laval Président du comité

Faits saillants majeurs

Le comité s'est réuni à trois reprises durant la dernière année financière, soit les 22 juin 2022, 19 octobre 2022 et 15 mars 2023. La rencontre du 18 janvier 2023 a été annulée, car il n'y avait pas le quorum nécessaire.

GOUVERNANCE

- **Dénomination universitaire**

Avec l'implantation du pavillon Aventure médecine qui offre un programme complet de prédoctorat en médecine, l'établissement a fait des démarches auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en octobre 2022 afin d'obtenir une dénomination universitaire lui permettant de devenir un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Cette démarche se conformait à l'article 4 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS).

La différence entre dénomination et désignation est importante. La désignation oblige une reddition de comptes, mais permet des financements additionnels. Par contre, la dénomination est un premier pas vers une valorisation et un rayonnement de l'établissement comme CIUSSS.

Aucune réponse officielle n'a été reçue de la part MSSS, et ce, malgré une relance. Entretemps, le projet de Loi 15 déposé à la fin mars 2023 est venu confirmer que la dénomination n'existerait plus dans la loi et que les établissements ayant cette dénomination la perdraient. Comme mentionné aux membres du comité lors de la rencontre du 15 mars dernier, aucune autre nouvelle ne devrait émaner du MSSS dans ce dossier.

- **Désignation universitaire**

Concernant l'actualisation des critères de désignation universitaire du MSSS, les travaux ont été reportés à l'automne 2022, puis de nouveau par la suite. En conséquence, les démarches entreprises par le Centre de recherche pour obtenir une reconnaissance universitaire ont été suspendues. Le projet de Loi 15 est venu établir les critères de désignation universitaire, mais il reste à voir s'il sera possible pour le centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches de se qualifier une fois les nouveaux critères de désignation établis.

- **Annexes des contrats d'affiliations**

Les travaux relatifs aux annexes du contrat d'affiliation avec l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) ont bien avancé. Ceux avec l'Université Laval se sont poursuivis. Ils devraient se terminer en 2023.

- **Projet FORCES (programme bilingue de développement du leadership d'Excellence en santé Canada)**

Le projet FORCES sur l'apprentissage et l'innovation auquel a participé le président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches a permis de revoir les pratiques actuelles. Une réflexion portant sur l'état des connaissances et des meilleures pratiques ainsi que sur le besoin ou la solution dans un projet organisationnel y a été intégrée.

- **Nominations**

- Dr François Ratté, vice-doyen adjoint du Programme de doctorat délocalisé à Lévis.
- Mme Chantal Pilote, directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire.
- Mme Katia Boivin, directrice adjointe de la recherche et de l'enseignement universitaire.

En décembre dernier M^{me} Clémence Dallaire, directrice scientifique du Centre de recherche, a annoncé son départ à la retraite. Il a été convenu de ne pas pourvoir ce poste à court terme. Les membres du comité exécutif du Centre de recherche ont accepté d'assurer la continuité des activités en participant notamment aux différents comités de l'Université Laval impliquant le Centre de recherche.

- **Nouveau mode financement à l'activité académique**

Déployé de façon graduelle, ce nouveau mode permet de compter sur un financement proportionnel aux activités académiques, et ce, indépendamment des activités cliniques. Très avantageux pour le CISSS de Chaudière-Appalaches, il ouvre la voie à un grand potentiel de développement. De plus, pour la première fois, l'ensemble des stages est considéré et non seulement les stages médicaux. Pour cette année, un calcul complexe a permis de redistribuer des sommes tant pour l'enseignement que pour la recherche.

RECHERCHE

- **Cadre réglementaire de la recherche**

La Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire a procédé à la révision des documents afférents au cadre

réglementaire de la recherche au CISSS de Chaudière-Appalaches afin que celui-ci soit conforme au cadre de référence ministériel. La nouvelle *Procédure concernant l'octroi d'un statut de chercheur au CISSS de Chaudière-Appalaches* établit les critères de désignation des statuts de chercheurs dans l'établissement, conformément aux normes établies par le MSSS, les universités affiliées et les organismes subventionnaires. Deux autres documents, la *Politique de régie interne du Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches* et le *Règlement portant sur la réalisation d'activités de recherche*, ont aussi été révisés.

- **Activités scientifiques**

Dans le cadre de sa programmation annuelle, le Centre de recherche a poursuivi son offre de conférences et d'ateliers scientifiques. De plus, la tenue du lac-à-l'épaule du Centre de recherche le 1^{er} novembre 2022 a permis à plusieurs directeurs de l'établissement d'échanger avec les chercheurs sur les besoins communs en recherche dans une perspective d'organisation apprenante.

Comme événements à venir, mentionnons la Journée scientifique du Centre de recherche prévue en présentiel le 16^{mai} 2023 et la Semaine de la recherche clinique également prévue en mai. Celle-ci permettra de promouvoir le Centre de recherche avec des activités en présentiel dans les quatre hôpitaux du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Conseils professionnels relevant du conseil d'administration

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	
Dr Martin Arata	Président
Dr André Villeneuve	Vice-président
M. Jean-Philippe Côté	Secrétaire-trésorier (pharmacien)
Dr Vincent Barrette	Représentant – Secteur Alphonse-Desjardins
Dr Jean-Philippe Allard	Représentant – Secteur Alphonse-Desjardins
Dre Geneviève Gonthier	Représentante – Secteur Alphonse-Desjardins
Dre Sandra Létourneau	Représentante – Secteur Beauce
Dre Marie-Josée Lemieux-Roy	Représentante – Secteur Beauce
Dr Kherdine Laddada	Représentant – Secteur Montmagny-L'Islet
Dr Nicolas Dorval	Représentant – Secteur Thetford Mines
Faits saillants majeurs • Reprise des comités d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique locaux et régionaux; • Suivi du dossier chirurgie; • Adoption directive INESSS – Avis pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie; • Harmonisation de la procédure arrêt cardio-respiratoire Code bleu; • Demande d'instauration d'une structure d'encadrement à l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées (IPS); • Recommandation au conseil d'administration pour la création du Service de médecine transfusionnelle; • Colloque du CMDP – 13 mai 2022.	

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	
Mme Marie-Philippe Tremblay	Présidente
Mme Catherine Pépin	Vice-présidente
Mme Line-Janik Robichaud	Trésorière
Mme Caroline Poulin	Secrétaire

Mme Amélie Painchaud	Conseillère
Mme Andréanne Richard	Conseillère
Mme Annie Leblanc	Conseillère
Mme Marie-Anne Beauchamp	Conseillère
M. Pierre-Paul Grondin	Conseiller
Mme Saphyre Chamberland	Conseillère
M. Joas Quirion	Président du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)
Mme Thalessa Vachon	Vice-présidente du CIIA
Mme Liliane Bernier	Directrice des soins infirmiers
M. Yves Roy	Directeur adjoint des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique
M. Patrick Simard	Président-directeur général

Faits saillants majeurs

- Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) a mis de l'avant les Prix reconnaissance visant à reconnaître les infirmières et infirmières auxiliaires de l'organisation. Les prix se déclinent en trois catégories, soit la relève infirmière, l'excellence de la pratique professionnelle ainsi que le leadership.
- Le CII a reçu quatre préoccupations de soins provenant du personnel de soins infirmiers à l'égard d'une réponse non optimale des besoins de base des usagers hospitalisés ainsi que sur la gestion des chutes au soutien à domicile. Un avis au président-directeur général a été rédigé au regard de la qualité des soins de base dispensés aux usagers hospitalisés et de la distribution appropriée de ces soins dans les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. La contribution multidisciplinaire a été mise en lumière dans cet avis.
- Le CII a rencontré monsieur Luc Mathieu, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec dans le cadre de sa tournée provinciale. L'objectif de cette rencontre était de prendre le pouls, principalement des CII, des directeurs des soins infirmiers et présidents-directeurs généraux du Québec, afin d'assurer un meilleur accès aux soins pour la population en général sous l'angle de l'expertise infirmière.
- Le CII et le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) ont approuvé la première ordonnance collective (entreprendre des mesures diagnostiques chez le nouveau-né asymptomatique à risque de sepsis bactérien d'apparition précoce) pouvant être initiée par une infirmière auxiliaire, au sein de l'organisation.
- Un nouveau membre désigné par le CII siège désormais au Conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches, soit Catherine Pépin, conseillère cadre pour le volet jeunesse à la Direction des soins infirmiers volet de la pratique professionnelle et développement clinique.
- À la suite d'une entente avec la Fondation de l'Hôtel-Dieu de Lévis par le biais de l'entreprise Dessercom, le CII a remis 14 000 \$ en bourse à des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Les bourses remises favoriseront le développement professionnel des récipiendaires.
- Le comité exécutif a continué d'être pleinement actif dans le processus de consultation et d'approbation des différents outils cliniques de l'établissement. Nous avons pris connaissance et commenté quinze ordonnances collectives, six protocoles infirmiers, une procédure clinique, un protocole médical, deux règles de soins infirmiers, deux avis cliniques et trois avis politiques.
- Le CII a tenu de pair avec le Conseil multidisciplinaire et le Conseil des sages-femmes des rencontres-interconseils, afin de dégager des enjeux et des préoccupations communes. Quatre rencontres officielles, excluant les séances de travail, ont été tenues.
- Un membre du CIIA a participé au souper réseautage des comités des infirmières et infirmiers auxiliaires lors du colloque de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) ainsi qu'à quatre réunions des CIIA tenues par l'OIIAQ.
- Le comité de la relève infirmière (CRI) a transmis un questionnaire aux candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et aux candidates à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire (CEPIA) dans le but de connaître leur niveau de satisfaction à l'égard de l'accueil, de l'orientation et de l'intégration. L'analyse des données est en cours. Les résultats seront présentés aux instances concernées, en temps opportun.

Conseil multidisciplinaire (CM)	
Les officiers	
Mme Myriane Rousseau	Présidente, membre d'office de tous les comités du CECM
M. Jude Martel	Vice-président, responsable du comité des avis
M. Éric Morasse (jusqu'en novembre 2022)	Vice-président par intérimaire, membre du comité de soutien aux comités de pairs
Mme Julie Breton (jusqu'en novembre 2022)	Secrétaire-trésorière, responsable du comité pour le maintien et le développement des compétences (CMPC)
Hélène April (à partir de janvier 2023)	Secrétaire-trésorière, membre du comité des communications
Les membres du CECM	
Mme Andrée-Anne Côté	Membre du comité des avis
Mme Anny Berthiaume	Membre du comité des communications
Mme Ariane Tosti (depuis décembre 2022)	Responsable du comité pour le maintien et le développement des compétences (CMPC) Membre du comité des avis
Mme Christine Gagnon (de juin à octobre 2022)	Membre du comité des avis
Mme Lucie Lefebvre	Membre du comité des avis
Mme Marie-Pier Blais	Membre du comité pour le maintien et le développement des compétences (CMPC)
Mme Mélanie Jacques	Responsable du comité des communications du CECM
Mme Patricia Bilodeau	Responsable du comité de soutien au comité de pairs
Mme Valérie Gosselin (jusqu'en janvier 2023)	Responsable du comité pour le maintien et la promotion de la compétence (CMPC)
Direction générale	
Mme Marie-Claude Bélanger	Déléguée du président-directeur général
Mme Mélanie Dupuis	Membre invitée permanente
M. Patrick Simard	Président-directeur général
Faits saillants majeurs	
- Le comité de pairs « Projet d'une banque d'outils commune pour les éducateurs du programme jeunesse 0-5 ans » a reçu le prix CECM en Action 2022 des Caisses Desjardins du Réseau de la santé et de l'Association des Conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) pour la catégorie projet de pairs; - Les conférences-midi ont chacune obtenu un bon taux de participation de nos membres. Ces dernières visent à faire connaître la profession de nos membres ainsi que le répertoire des expertises; - Les outils de la trousse de pertinence ont été présentés au président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ces outils sont disponibles dans la section du Conseil multidisciplinaire de l'Intranet. Des projets pilotes sont en cours d'expérimentation; - Les recommandations émises par le comité des avis sur les offres de services au CISSS de Chaudière-Appalaches ont permis aux directions cliniques de développer un modèle de présentation de leur offre de services et de débiter des travaux.	

Conseil des sages-femmes (CSF)	
Mme Roxane Bolduc	Présidente
Mme Marie-Audrey Vaillancourt	Vice-présidente
Mme Marie-Josée Larocque	Secrétaire
Mme Julie Turgeon	Officière
Mme Eugénie Champagne-Gilbert	Officière
Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023 - Un projet de deux sages-femmes de soutien a été mis en place, et ce, dans le but de limiter le nombre de sages-femmes différentes vues par chaque cliente et pour augmenter l'efficacité ainsi que la distribution des services. Ce projet vise également à améliorer le bien-être au travail de l'équipe. Les résultats semblent prometteurs, toutefois le projet sera évalué en 2024. Deux sages-femmes d'expérience sont titulaires de ces contrats. Celles-ci ayant un peu moins de clientèle propre à elles, elles sont donc disponibles pour porter assistance lors d'accouchements. Elles peuvent aussi remplacer leurs collègues pour leurs rendez-vous pré et postnataux, comme les visites à domicile. - Le comité qualité du conseil des sages-femmes poursuit son travail d'amélioration continue de la pratique. Cette année, le comité a poursuivi le travail sur la nouvelle liste de médication que les sages-femmes peuvent prescrire. Il a également fait du travail de documentation et de mise à jour sur plusieurs sujets, dont : l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC), la vitamine D, l'hypertension artérielle maternelle, les hémorragies du postpartum, etc. - Le comité exécutif du conseil des sages-femmes a élaboré plusieurs documents de gestion pour améliorer l'efficacité du service sage-femme sur plusieurs sujets dont : l'attribution des vacances, la gestion des demandes de congé sans solde et la gestion des banques d'heures. Un nouveau comité organisation de travail a été mis en place afin de faire du travail de fond sur la question. Une refonte de la présentation de dossier en équipe, effectuée l'an dernier, a également été mise en œuvre cette année. - Une collaboration a débuté avec d'autres conseils à l'intérieur du CISSS de Chaudière-Appalaches et des travaux communs sont prévus dans les prochains mois, sur différents sujets touchant autant les usagers que les membres.	

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	
Mme Louise Binet	Pharmacienne-propriétaire, secteur Beauce-Etchemins et présidente du CRSP
Mme Chantal Breton	Cheffe du département régional de pharmacie, CISSS de Chaudière-Appalaches
Mme Caroline Buteau	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Alphonse-Desjardins
Mme Andrée-Anne Caron	Pharmacienne-propriétaire, secteur Beauce-Etchemins
M. Jean-Philippe Côté	Pharmacien en établissement de santé, secteur Alphonse-Desjardins
Mme Sylvie Croteau	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Thetford Mines et représentante des pharmaciens en GMF
Mme Camille Dupuis-Brousseau	Pharmacienne-propriétaire, secteur Alphonse-Desjardins
Mme Stéphanie Faucher	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Thetford Mines
Mme Diane Fecteau	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Beauce-Etchemins
Mme Kathy Grenier	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Montmagny-L'Islet
Mme Stéphanie Laforest	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Alphonse-Desjardins
Mme Geneviève Larouche	Membre invité, représentante du CRSP de la Capitale-Nationale
Mme Marie-Claude Lord	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Montmagny-L'Islet
Mme Marie-Claude Raymond	Pharmacienne-propriétaire, secteur Alphonse-Desjardins
Dr Daniel Roux (mars à juin 2022) Dr Christophe Hamel (depuis juin 2022)	Membres invités, représentants du Département régional de médecine générale (DRMG)

M. Patrick Simard	Président-directeur général, CISSS de Chaudière-Appalaches
Dre Monique St-Pierre	Membre invitée, directrice des services professionnels – CISSS de Chaudière-Appalaches
Faits saillants majeurs - La trajectoire régionale pour l'antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD) a été harmonisée, incluant la mise en place d'une ordonnance préimprimée standardisée, en vue d'assurer un processus efficient de prise en charge des usagers permettant une utilisation optimale des ressources et des professionnels concernés. - La mise en place du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) a été soutenue activement par le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) dans la région de Chaudière-Appalaches afin de faciliter la mise en place d'une trajectoire de référence aux pharmaciens communautaires. Plusieurs rencontres avec ces derniers ont été réalisées afin de favoriser une communication bidirectionnelle. - Dans le cadre des activités de collaboration avec le CRSP de la Capitale-Nationale, le CRSP de Chaudière-Appalaches a assuré une diffusion périodique aux pharmaciens communautaires de différentes mesures visant à standardiser l'inscription des informations posologiques au dossier pharmacologique des usagers afin d'améliorer la qualité des informations transmises au Dossier Santé Québec (DSQ) et la réalisation du bilan comparatif des médicaments. - Le CRSP a proposé un projet novateur visant la mise en place des activités d'antibiogouvernance en 1^{re} ligne par les pharmaciens communautaires, en continuité des recommandations du guide régional d'antibiothérapie. Les activités d'antibiogouvernance ou de surveillance de l'utilisation des anti-infectieux par les pharmaciens font partie des interventions cliniques reconnues parmi les meilleures pratiques. L'objectif poursuivi consiste à favoriser une utilisation optimale de ces médicaments et à réduire les risques de résistance aux anti-infectieux. Un sondage visant à connaître le niveau de connaissances des pharmaciens communautaires au regard des outils cliniques disponibles ainsi que leur intérêt à participer aux activités d'antibiogouvernance proposées par le CRSP de Chaudière-Appalaches a été publié en avril dernier. Le projet se poursuivra tout au long de la prochaine année. - Trajectoire concernant les sorties d'hôpital : le CRSP a proposé une procédure visant à faciliter la prise en charge de l'ordonnance de départ par les pharmaciens communautaires lorsque l'utilisateur quitte après un séjour hospitalier, que cet usager retourne à domicile ou dans une ressource d'hébergement dont la médication est fournie par une pharmacie communautaire. Cette procédure devrait se mettre en place au courant des prochains mois.	

Table régionale des chefs de départements	
Dr Martin Dumas-Laverdière (fin mandat : 20 mars 2023) Dre Monique St-Pierre et Dr Martin Arata	Cocheffs intérimaires du Département d'anesthésiologie
Dre Danièle Marceau	Chef du Département clinique de médecine de laboratoire
Dre Monique St-Pierre et Dr Martin Arata	Cocheffs intérimaires du Département de chirurgie
Dre Marie-Josée Godbout	Chef du Département d'imagerie médicale
Dre Monique St-Pierre et Dr Martin Arata	Cocheffs du Département de médecine générale
Dr Pierre Grammond (fin mandat : 30 juin 2022) Dre Christine Drouin	Chef du Département de médecine spécialisée Chef du Département de médecine spécialisée
Dr Jean-Simon Létourneau	Chef du Département de médecine d'urgence
Dr Jean-Pierre Gennaoui	Chef du Département d'obstétrique et de gynécologie
Dre Lise Bélanger	Chef du Département de pédiatrie
Dr Martin Doyon	Chef du Département de psychiatrie
Mme Chantal Breton	Chef du Département régional de pharmacie
Dr Pierre Deshaies (fin mandat : 30 septembre 2022) Dr David Bellemare	Chef du Département de santé publique

Faits saillants majeurs

Implication des chefs de départements dans divers dossiers :

- Suivi concernant la proposition de la réduction de l'inventaire des demandes de consultations;
- Suivi des travaux du comité « Bonne gestion du continuum de soins », du comité portant sur la « Fluidité hospitalière » ainsi que de la réduction des observations à l'urgence;
- Participation aux activités de formation tenues les 3 juin et 25 novembre 2022;
- Adoption de la procédure à suivre lors d'une absence prolongée ou du départ d'un médecin;
- Collaboration lors du déploiement de l'informatisation du Bulletin de décès SP-3;
- Implication dans les travaux portant sur la fluidité hospitalière avec des cibles de performance;
- Contribution à la démarche de renouvellement des privilèges des médecins;
- Avis émis concernant les lits réservés au bloc opératoire et suivi des recommandations formulées par l'accompagnateur au programme chirurgie, le Dr Roger C. Grégoire;
- Commentaires émis concernant les modalités de répartition des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et leur intégration dans les divers milieux de soins;
- Contribution pour inciter des médecins à poser leur candidature aux postes : de cogestionnaire médical au CISSS de Chaudière-Appalaches; de médecine de jour 7/7 et accueil clinique et de coordonnateurs médicaux à l'hospitalisation;
- Implication dans le projet de déploiement de *Petal*.

Contribution des chefs de département et des chefs des services médicaux dans le suivi du dossier de la pandémie :

- Organisation des services médicaux dans le contexte de la pandémie et de certaines trajectoires cliniques spécifiques;
- Suivi hebdomadaire de l'état de la situation de la pandémie de la COVID-19;
- Conduite à tenir concernant le retour au travail d'un médecin post COVID-19.

Comité d'éthique de la recherche (CER)

Mme Marlène Castilloux, D.E.C.	Représentante de la collectivité
Mme Amélie Chouinard, pharmacienne, M. Sc.	Expertise scientifique - Pharmacienne désignée conjointement par le CMDP et la DSP
M. Martin Gaudreau, M. Sc.	Expertise scientifique (membre non votant)
M. Paul Guay, LL. B.	Expertise juridique
Mme Nathalie Laflamme, Ph. D.	Expertise scientifique
Mme Ana Marin, Ph. D.	Expertise en éthique
M. Guy Morin, M. Ph.	Représentant de la collectivité
M. Jean Rousseau, Ph. D.	Expertise scientifique
Mme Marie-Philippe Tremblay, B. Sc. inf., M. Sc.	Expertise scientifique - Infirmière désignée conjointement par le CII et par la DSI
Mme Anne Bolduc, LL. B.	Expertise juridique (substitut)
M. Pierre-Maurice Ferland, M. Éth.	Expertise en éthique (substitut)
Mme Claire Gaudreault-Arbelot, B. Sc., M.A.	Expertise en éthique (substitut)
Mme Marie-Soleil Hardy, Ph. D.	Expertise scientifique (substitut)
Poste vacant	Expertise scientifique - Médecin désigné conjointement par le CMDP et la DSP

Faits saillants majeurs

- 15 nouveaux projets de recherche ont été évalués cette année par le CER;
- Au total, 257 formulaires de suivi continu (amendements, informations supplémentaires, déviations au protocole, renouvellements, fermetures, réponses aux conditions du CER) ont été traités;
- La présidente, le vice-président et le coordonnateur du comité d'éthique et de la recherche ont animé le 17 février 2023 une conférence-midi du Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches intitulé « Enjeux éthiques et questions de réflexion aux différentes étapes de la réalisation d'un projet de recherche »;
- Départ d'une membre substitut au sein du comité, profession infirmière désignée conjointement par le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et par la Direction des soins infirmiers (DSI) au CER. Par ailleurs, le poste de médecin désigné conjointement par le CMDP et la DSP est toujours vacant.

Comité de gestion des risques

M. Patrick Simard	Le président-directeur général ou une personne identifiée par ce dernier pour agir comme responsable du comité et membre d'office
Mme Caroline Boutin	Directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
Mme Dorothée Bilodeau	Chef de service à la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services
Mme Marielle Fortier	Représentante du comité des usagers Membre du comité des usagers
Mme Isabelle Jacques de février 2022 à février 2023 Mme Mélanie Gélinas depuis mars 2023	Chef de service en prévention et contrôle des infections Membre désigné par le comité de prévention des infections
Mme Chantal Breton	Pharmacienne Chef du département de la pharmacie
Dr François Paquet	Urgentologue et médecin hyperbare Médecin issu du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Mme Patricia Bilodeau	Ergothérapeute Membre issu du conseil multidisciplinaire (social/réadaptation)
Mme Caroline Poulin	Infirmière Membre issu du conseil des infirmières et infirmiers, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hospitalière
Mme Sylvie Girard	Infirmière auxiliaire Membre issu du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hébergement
M. Jonathan Simard	Conseiller cadre du programme chirurgie Répondant local au retraitement des dispositifs médicaux des établissements
Mme Annick Payeur	Chef de service gynéco-pédiatrie-néonatalogie Membre des services du continuum enfance jeunesse
Un usager partenaire	Démarche en cours

Faits saillants majeurs

- Adoption de la Loi de Vanessa et diffusion débutée auprès des parties prenantes;
- Développement et implantation de l'approche de la gestion du risque dans les maisons des aînés (MDA) et maisons alternatives (MA);
- Déploiement informatisé de la gestion des alertes pour les services d'approvisionnement et les services alimentaires;
- Poursuite de l'approche de captation des usagers en gestion des risques;
- Proposition de correspondance pour recommandation programme de prévention des chutes;
- Recommandation pour la reprise des travaux du comité code bleu et code pédiatrique afin d'élaborer la procédure code bleu et code bleu pédiatrique.

Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de Chaudière-Appalaches	
M. Peter Whitcomb	Président
Mme Lorna Campbell	Membre
M. Brian Gignac	Membre
Mme Laurel Lowry	Membre
Mme Michelle Mathieu	Membre
Mme Ann Marie Powell	Membre
Mme Maurren Small	Membre
Faits saillants majeurs Plan d'action 2022-2023 - Démarches en cours afin de combler un siège vacant au sein du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches, soit celui de membre indépendant de la communauté anglophone; - Mise à jour régulière et promotion de la liste des membres du personnel offrant un service d'interprète; - Révision de la liste des membres du personnel offrant un service d'interprète débutée visant l'optimisation du système de gestion de cette liste et de son utilisation par les intervenants. Projet Accessibilité des services en langue anglaise en Chaudière-Appalaches 2018-2023. Grâce au partenariat avec la Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic, ces principaux résultats ont été obtenus : - Animation de cinq rencontres d'information à des travailleurs sociaux pour le suivi de dossiers d'usagers anglophones; - Traitement de trois demandes de traduction de documents; - Diffusion de dix numéros d'un bulletin d'information à la communauté anglophone; - Offre de service d'interprète à 23 reprises; - Accompagnement de 140 personnes à l'occasion de prestation de services; - Soutien à 25 personnes proches aidantes. Projet Optimisation de l'accès des services en langue anglaise dans les réseaux locaux de santé (RLS) d'Alphonse-Desjardins et de la région de Thetford Mines 2023-2028 : - Tenue de trois rencontres de consultation organisées par la Corporation de la communauté d'expression anglaise de Mégantic auprès de personnes de la communauté anglophone et portant sur leur besoin de services en langue anglaise; - Élaboration d'un nouveau projet au cours du trimestre hivernal, et ce, dans le cadre du Programme Adaptation des services de santé et des services sociaux pour les personnes d'expression anglaise 2023-2028; - Principaux objectifs du projet : - Optimiser l'accès aux services en langue anglaise dans les RLS d'Alphonse-Desjardins et de la région de Thetford Mines, territoires ayant la plus forte concentration de personnes d'expression anglaise - Mettre en place un accès particulier aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise pour les familles et les enfants fréquentant l'école anglophone de Lévis.	

Comité paritaire en santé et en sécurité au travail (CPSST) (en date du 25 avril 2023)	
Mme Mélanie Lambert	Membre Service de prévention santé sécurité au travail (SPSST)
M. Martin Lemieux, FTQ	Coprésident syndical
Mme Josée Chouinard	Coprésident patronal
Mme Carole Mercier, FIQ	Membre syndical
Mme Annie Dubois, CSN	Membre syndical
M. Bryan St-Laurent, APTS	Membre syndical
Mme Liliane Bernier	Membre patronal
M. Guillaume Couillard	Membre patronal
M. Stéphane Shaink	Membre patronal
Faits saillants majeurs - Le comité paritaire s'est réuni à deux reprises en 2022 à l'instar de quatre rencontres annuelles. Cela dit, nous étions bien heureux de pouvoir relancer, en partie, ce comité malgré le contexte persistant de la COVID-19; - En avril, deux nouveaux coprésidents ont été nommés, soit Mme Anne Tardif de la Direction des services techniques et M. Martin Lemieux de la catégorie 2; - Loi modernisant le régime santé et sécurité (LMRSST) : les changements provenant de la nouvelle Loi modernisant le régime de santé et de sécurité, pour le volet prévention, ont été présentés au comité afin d'avoir une vision d'ensemble des sujets qui devront être abordés pour se conformer comme employeur; - Un comité de travail a été créé impliquant le Service de prévention santé sécurité au travail (SPSST) et les quatre instances syndicales. Un suivi est réalisé au CPSST en continu; - Le document global répertoriant les risques et les moyens de contrôle dans l'organisation a été mis à jour et entérinés par le comité; - À chacune des rencontres, les membres reçoivent les différentes statistiques en SST, soit : - Le nombre d'événements déclarés selon les titres d'emploi et les directions; - Les analyses de niveau 2 réalisées suite à un DAAT-12; - Les dérogations de la CNESST. Le service de la prévention et les cinq comités thématiques découlant du CPSST ont également porté une multitude d'actions tout au long de l'année en matière de prévention SST. Nous vous invitons à consulter le bilan global du Service de la prévention, SST et du CPSST pour connaître tous les détails.	

Comité des résidents - Table hébergement régionale (THR) Regroupement régional des comités de résidents	
Mme Marielle Fortier	Responsable de la Table hébergement régionale (THR) déléguée par le CUCI
Mme Michelle Cliche	Adjointe à la responsable
Mme Diane Anglehart	Membre
Mme Claudette St-Gelais	Membre
Mme Jovette Cloutier	Membre
Mme Suzanne Brisson	Membre
M. Richard Lachance	Membre
M. Simon Pépin	Membre

Faits saillants majeurs

- La table hébergement régionale (THR) a tenu une première rencontre, regroupant tous les présidents des comités de résidents et les personnes-ressources des comités, afin de remettre et de présenter le Guide de fonctionnement pour les présidents des comités de résidents. Plusieurs outils ont été mis en place pour les soutenir dans leur rôle et faciliter leur travail.
- Les présidents des comités de résidents et des personnes-ressources des comités ont participé à la présentation des grands dossiers en soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) par la direction du programme. Les participants ont beaucoup apprécié discuter des enjeux avec la directrice du programme et recevoir l'information concernant les dossiers en cours et les programmes en déploiement.
- Un membre de la THR a collaboré activement à plusieurs comités de travail en lien avec la mise en place des nouvelles maisons des aînés et alternatives de la région.
- Une grande majorité des présidents et certains membres des comités de résidents ont contribué à la reprise de la démarche de sondage de satisfaction, et ce, en collaboration avec la direction SAPA.

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Poste vacant	Président
M. Roland Poulin	Vice-président et président par intérim
Mme Claudette St-Gelais	Trésorière
Mme Diane Anglehart	Secrétaire, représentante des MDAA
Mme Lise M. Vachon	Membre, représentante au conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches, comité de vigilance
Mme Marielle Fortier	Membre, responsable de la THR
Mme Renée Hébert	Membre
M. Denis Dubois	Membre
M. Claude Filteau	Membre
Mme Karine Hamelin	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023

- Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) offre du soutien aux comités des usagers en continu, qui soutiennent à leur tour leurs comités de résidents, en matière de :
 - Remplacement lors d'absence de personnes-ressources;
 - Transfert d'information, rédaction d'outils de référence et d'information, soutien dans l'exercice de leur mandat.
- Un membre du CUCI agit comme représentant des comités des usagers au conseil d'administration et au comité de vigilance du CISSS de Chaudière-Appalaches. Cette participation permet de discuter, entre autres, des enjeux ciblés par les différents comités, qui touchent les droits des usagers ainsi que l'offre de soins et services de qualité;
- Il y a tenue de rencontre-échange entre les personnes-ressources afin de les soutenir dans leurs tâches, d'échanger des informations pertinentes et de partager de bonnes pratiques de même que des outils et consultation auprès des personnes-ressources et invitation à participer à certaines activités du CUCI dans un objectif de formation;
- Exercice effectué auprès de l'ensemble des membres des comités des usagers pour connaître les besoins en financement leur permettant d'accomplir adéquatement leurs tâches. Présentation de l'analyse des besoins sur le plan des budgets au président-directeur général. Demande de régularisation de la situation concernant les budgets accordés aux comités qui n'ont pas été indexés, et ce, depuis plus de 15 ans.

Département régional de médecine générale (DRMG)	
Dre Geneviève Caron-Fauconnier	Membre élue — Chef du DRMG — Beauce (Omnipratique)
Dre Annie Lanthier	Membre élue — Cochef du DRMG — Alphonse-Desjardins (Service de périnatalogie)
Dr Luc Bédard en remplacement de la Dre Maggie Lachance (démission de poste de représentante du DRMG à compter du 26 octobre 2022)	Membre élu – Thetford Mines (Omnipratique)
Dr Sylvain Dion	Membre coopté – Etchemins (Omnipratique)
Dr Pierre Martel	Membre coopté – Montmagny (Omnipratique)
Dr Antoine Lapointe	Membre coopté - Alphonse-Desjardins (Service de médecine d'urgence)
Dre Michèle Robichaud	Membre coopté - Alphonse-Desjardins (Service de réadaptation)
Dre Suzanne Beauregard	Membre coopté – Lotbinière (Omnipratique)
Dre Anne Laliberté	Membre coopté – Bellechasse (Omnipratique)
Dr Christophe Hamel	Membre coopté – Chutes-Chaudière (Omnipratique)
Dre Alexandra Audet	Membre coopté - Nouvelle-Beauce (Omnipratique)
Dr Jérôme Patry	Membre coopté - Alphonse-Desjardins (Volet GMF-U)
Faits saillants majeurs Renouvellement GMF 2023-2024 - Le programme de rehaussement des ressources professionnelles en groupe de médecine de famille (GMF) a été présenté par le MSSS en décembre dernier. Il est prévu que ces nouvelles mesures permettent aux GMF de stabiliser, voire améliorer leur offre en ayant accès à un financement et des ressources humaines supplémentaires. - Durant la prochaine année, le DRMG souhaite établir et définir différents moyens afin de supporter les GMF dans le maintien de leur offre de services en première ligne et leur niveau de financement. GAP – Inscriptions collectives En mai dernier, le MSSS a demandé aux différentes régions de procéder à l'inscription massive de leur clientèle orpheline par l'inscription collective. L'inscription collective vise la clientèle admissible au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Le DRMG, la Direction des services professionnels (DSP) et les médecins de famille de la région ont fortement collaboré à la mise en place d'une offre de services qui a pour but d'accroître l'accès aux services de première ligne. Au 31 mars 2023, c'est près de 25 000 usagers qui sont maintenant inscrits à cette mesure dans notre région. Ces usagers ont maintenant un accès plus direct aux services professionnels et médicaux offerts en GMF. Plusieurs actions ont été portées par le DRMG auprès des autorités concernées afin d'assurer la vigie du nombre d'inscrits collectifs en GMF. Des travaux se poursuivront également au courant de la prochaine année. Réorientations pédiatriques Alors qu'une vague d'enfants présentait des symptômes d'allures grippales (SAG), le MSSS a exigé aux GMF de mettre en place des plages de disponibilités pour ces usagers. L'ensemble des GMF de la région a participé à cette demande ministérielle impromptue. Tous les collaborateurs se sont montrés très flexibles dans l'implantation de cette mesure du début décembre jusqu'à la fin mars. Constat pour la région de Chaudière-Appalaches, les demandes ont été très variables dans les différents réseaux locaux de santé (RLS). Les besoins ont surtout été présents dans le RLS d'Alphonse-Desjardins. Plan régional d'organisation des services (PROS) Un exercice de révision du Plan régional d'Organisation des Services (PROS) de première ligne de Chaudière-Appalaches a été effectué par la DSP et le DRMG. Le PROS incarne ainsi un outil stratégique précieux pour le CISSS de Chaudière-Appalaches, le DRMG et la DSP afin d'articuler la mission de services de proximité de première ligne. Il établit le portrait des RLS, la vision de l'organisation des services médicaux de première ligne pour les cinq prochaines années ainsi que les enjeux à surmonter.	

Comme il s'agit d'un plan quinquennal, le DRMG a établi une stratégie de concertation locale et régionale de révision afin : d'assurer la représentativité de chacun des secteurs; d'inspirer la confiance, la transparence et le partage d'informations auprès de ses membres; d'émettre des recommandations aux différentes directions collaborant sur la mise en œuvre du PROS.

Recrutement médical en médecine familiale

Tous les postes de l'exercice du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2022 ont été pourvus. Au total, 33 médecins ont été recrutés, incluant trois en statut Hors-PREM. Malgré l'atteinte des cibles de recrutement autorisé par le MSSS au PREM, un nombre équivalent à 13 % de médecins de famille est toujours manquant pour combler les besoins de la région selon le Plan des effectifs médicaux du MSSS.

De plus, la Cheffe du DRMG est maintenant membre du comité de consultation PREM-MSSS qui vise à répartir équitablement les médecins de famille dans l'ensemble des régions de la province.

Gestion des activités médicales particulières (AMP)

Tous les médecins de famille qui exercent dans le cadre du régime public d'assurance-maladie du Québec sont visés par l'engagement à consacrer une partie de leur pratique à des AMP. Les AMP sont des activités considérées prioritaires par le législateur ou le DRMG.

Le DRMG est responsable d'identifier les AMP disponibles et d'effectuer la vigie du respect des engagements. Les demandes d'adhésion, de modifications et de retraits sont traitées de façon récurrente dans les rencontres hebdomadaires du DRMG.

Le DRMG collabore actuellement à la création d'un outil de suivi du plan des effectifs médicaux pour assurer une vigie des AMP et de conformer à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Guide sur les AMP

Le DRMG a démontré son plein soutien à l'égard du guide de gestion des AMP qui est en cours de production par la DSP. Ce guide décrit le processus de demande d'AMP pour les médecins et la trajectoire communicationnelle entre la DSP et le DRMG. Ce guide comprend également une nouvelle façon de présenter les AMP disponibles aux candidats.

Les faits saillants

Dépistage de la COVID-19 par gargarisme : Prix « Coup de cœur du jury » au Gala des Prix d'excellence de l'Institut d'administration publique de Québec



Une réalisation du CISSS de Chaudière-Appalaches s'est distinguée au Gala des Prix d'excellence de l'Institut d'administration publique du Québec (IAPQ) en 2022. Le développement de la méthode de dépistage de la COVID-19 par gargarisme, inventée ici, en Chaudière-Appalaches, et à l'Hôtel-Dieu de Lévis, a remporté le prix « Coup de cœur du jury »! C'est le microbiologiste-infectiologue, Dr Jeannot Dumaresq, qui a eu l'idée de dépister la COVID-19 par gargarisme avec de l'eau de source, une façon moins invasive que l'écouvillon dans le nez.

Ouverture de la clinique satellite COVID longue en Chaudière-Appalaches

Située au Centre de réadaptation en déficience physique à Charny, la clinique permet à plusieurs usagers atteints de la COVID longue de stabiliser leurs symptômes et d'apprendre à mieux vivre avec les manifestations. Des ateliers de groupe et des services interdisciplinaires sont offerts en téléadaptation par des professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute et travailleur social).

Arrivée de 40 futurs infirmiers et infirmières issus de l'immigration



Des candidats provenant de la République démocratique du Congo, du Sénégal et de la Côte d'Ivoire sont arrivés chez nous en début d'année. Pendant les neuf à douze premiers mois passés au Québec, ces 40 ressources suivront une formation de mise à niveau. Elles passeront ensuite l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) leur permettant d'exercer leur métier au Québec. Pendant cette période de formation au Cégep, ces personnes jumèlent études et travail en œuvrant comme préposés aux bénéficiaires dans nos hôpitaux ou en CHSLD.

Recrutement : des Journées emplois fructueuses!

Les Journées emplois tenues dans les quatre hôpitaux et au CHSLD de Lac-Etchemin ont été fructueuses. Les équipes étaient sur place pour accueillir les candidats, recueillir leur curriculum vitae, répondre à leurs questions et leur offrir la possibilité de passer une entrevue sur place, tout cela dans un processus simplifié. Au total, ces journées ont permis d'embaucher 93 nouvelles personnes.



Inauguration officielle du pavillon d'enseignement préclinique de médecine sur le site de l'Hôtel-Dieu de Lévis

C'est le 18 mai 2023 que le pavillon d'enseignement préclinique de médecine situé sur le site de l'Hôtel-Dieu de Lévis a été officiellement inauguré. Le projet vise à attirer et à former des étudiantes et étudiants en médecine pour une pratique médicale adaptée aux différentes régions. D'une superficie de plus de 4 000 mètres carrés, le nouveau pavillon est doté d'infrastructures modernes permettant de fournir un enseignement de qualité aux futurs médecins et de favoriser un parcours de formation stimulant.



Spécialisation de la mission du CHSLD de Saint-Isidore

À compter de l'automne 2023 la mission du centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de Saint-Isidore évoluera. L'installation accueillera désormais des usagers adultes en perte d'autonomie vivant avec une déficience intellectuelle et nécessitant des soins de longue durée; l'édifice n'étant plus adapté à des usagers âgés avec un profil CHSLD.

La première phase des travaux, qui représente un investissement de 500 000 \$, s'échelonnait sur une période de 12 à 18 mois et servira à rénover le premier étage du bâtiment. Dans une seconde phase, le CISSS de Chaudière-Appalaches rénovera les étages supérieurs, le tout étant en planification.

Les usagers âgés de profil CHSLD seront relocalisés vers la toute nouvelle maison des aînés et alternative du secteur de Saint-Étienne-de-Lauzon ou selon la volonté des résidents, dans d'autres CHSLD à proximité.

Stationnements : des horodateurs remplaceront le système de guérite de trois hôpitaux

Le remplacement des systèmes de guérite des stationnements des hôpitaux de Saint-Georges, Montmagny et Thetford est amorcé. Les horodateurs sont installés aux entrées des hôpitaux afin que les usagers et les visiteurs puissent enregistrer leur plaque d'immatriculation et acquitter leurs frais de stationnement. Ils ont également la possibilité de faire leur enregistrement par le biais de l'application mobile *ParkedIn*. Ce nouveau système permet d'améliorer la circulation et de simplifier l'accès aux stationnements.



Le CISSS de Chaudière-Appalaches obtient la certification Entreprise en santé – Élite +

Décerné par le Bureau de normalisation du Québec, le plus haut niveau de certification a été octroyé à l'établissement. Afin de pouvoir continuer à offrir des soins de santé et des services sociaux de qualité à toute la population de Chaudière-Appalaches, l'obtention de cette certification constitue l'un des moyens pour assurer un engagement et de promouvoir des pratiques qui favorisent l'attraction, la rétention et la santé globale des employés et des gestionnaires de l'organisation.

Inauguration des nouveaux espaces au CHSLD de Saint-Prosper

Après des travaux de rénovation majeurs totalisant un investissement de 1,2 million de dollars, le CHSLD de Saint-Prosper inaugure ses locaux! Le projet d'aménagement des lieux intègre plusieurs éléments du concept des maisons des aînés et des maisons alternatives, afin de rappeler davantage un domicile et de mieux répondre aux besoins des résidents et leurs proches. Les lieux sont maintenant plus fonctionnels et mieux adaptés et une salle de stimulation a également été ajoutée.

Début des travaux d'agrandissement et de rénovation de l'urgence de l'Hôpital de Thetford

Ce projet vise à résoudre un problème de désuétude et de manque d'espace constaté dans les locaux actuels, qui crée notamment des enjeux de qualité des soins. La nouvelle urgence, entièrement mise aux normes, permet l'adoption des pratiques cliniques les plus à jour. Un projet de plus de 34 millions de dollars. Tous les travaux devraient être terminés pour la fin de 2024.

Inauguration officielle de deux maisons des aînés et alternative (MDAA)

La MDAA du secteur de Black Lake à Thetford Mines, située au 510, rue Christophe-Colomb, offre 72 places pour la population de la région, soit 36 pour les personnes âgées et 36 autres pour les adultes ayant des besoins spécifiques. Les résidents sont répartis dans 6 unités de 12 chambres chacune. Au printemps 2023, 24 résidentes et résidents du CHSLD du Lac-Noir, qui était désuet, y sont déménagés.



La MDAA de Saint-Étienne-de-Lauzon à Lévis, située au 540, avenue Albert-Rousseau, permet d'offrir 120 nouvelles places pour la population de la région, dont 96 pour les personnes âgées et 24 pour les adultes ayant des besoins spécifiques. Les résidents sont répartis dans 10 unités de 12 chambres chacune.

Dans chaque installation, on retrouve des chambres individuelles avec toilette et douche adaptées pour chaque personne hébergée. La MDAA a été conçue pour rappeler davantage l'environnement d'un domicile et offrir aux résidents et résidentes un milieu de vie à dimension humaine.



Inauguration d'un premier « Espace de bienveillance des Etchemins »

Situé près de la salle municipale de Saint-Magloire, cet espace public a été aménagé afin de sensibiliser la population à la bienveillance envers les aînés et à la maltraitance qu'ils peuvent parfois vivre. L'espace est composé de deux bancs positionnés à 45 degrés pour favoriser les conversations et les rencontres, d'un bac à fleurs mauves, couleur de la lutte à la maltraitance, et d'un panneau sur lequel un message de sensibilisation à la bienveillance est gravé.

Cet aménagement se veut également un symbole de solidarité, de cohésion sociale et d'ouverture à l'autre, des ingrédients essentiels à la bienveillance. Une collaboration du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Réaménagement des aires de vie commune au CHSLD de Sainte-Croix

Ce projet est né du souhait des employés du CHSLD et des membres du comité milieu de vie d'offrir aux résidents du centre une aire commune reposante, agréable et inspirante pour recevoir leurs familles et amis. Ce projet a été réalisé grâce à la contribution de Meubles South Shore, de la Fondation South Shore et de la Fonderie Bibby.

Rénovations majeures au CHSLD de Sainte-Hénédine : un investissement de 3 millions

Ce projet, d'une durée estimée entre 16 et 18 mois, permet de rehausser la qualité de l'installation et de ses aménagements. Ces derniers visent à créer un milieu de vie où les résidents se sentent comme à la maison. Pour la durée des travaux, les 34 résidents du CHSLD ont été relogés à la maison des aînés et alternative de Saint-Étienne-de-Lauzon.



Poursuite des travaux d'aménagement du bloc endoscopique à l'Hôpital de Montmagny

Les travaux consistent à aménager un bloc endoscopique dans des locaux adjacents au bloc opératoire et sont réalisés dans le but d'assurer la meilleure qualité possible de soins et de services aux usagers. Cette nouvelle unité comprend deux salles polyvalentes, des aires d'attente ainsi que six civières de préparation et de récupération. On y retrouve également une unité de retraitement des endoscopes répondant aux normes les plus récentes. Les deux salles polyvalentes permettent de réaliser des examens endoscopiques digestifs, de la bronchoscopie, des cystoscopies, des bilans urodynamiques ainsi que des chirurgies mineures.



Inauguration de l'Aire ouverte de Beauce

Aire ouverte, c'est un lieu qui regroupe un réseau de services intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans. L'offre de service a été élaborée en collaboration avec les jeunes de la communauté, les familles et les partenaires afin de répondre aux besoins de la clientèle tout en tenant compte de leur réalité et de leurs préoccupations.

Il est possible d'y obtenir notamment des services en santé mentale ou physique et du soutien sur un large éventail de préoccupations.

4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Chapitre III : Attentes spécifiques

RÉSULTATS AU REGARD DES ATTENTES SPÉCIFIQUES

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*
Santé publique			
1,1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	Le remplacement d'un processus vieux d'une centaine d'années représente un des ajustements dans les processus actuellement en place. En effet, le délestage du format papier du bulletin de décès et de sa transmission par courrier postal au profit de l'utilisation d'un formulaire informatisé et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau sociosanitaire et hors réseau. Dans ce contexte, des mesures de gestion du changement doivent être prévues. Il est attendu que les CISSS et les CIUSSS de même que les CHU et les IU se préparent à accueillir cette nouvelle solution afin qu'elle soit adoptée par les intervenants concernés. Ces derniers doivent bénéficier du soutien nécessaire pour maîtriser et utiliser la version électronique du SP-3 et délaisser la version papier.	R
1,2	Promouvoir l'inscription à l'avis de grossesse informatisée	Les établissements devront participer à l'effort provincial d'implanter l'avis de grossesse dans chaque région du Québec. Des intervenants avis de grossesse ont été embauchés dans chaque CISSS et CIUSSS. Ces derniers doivent réaliser des tâches liées à l'avis de grossesse (ex. : recevoir et traiter les formulaires avis de grossesse, référer les femmes enceintes vers les services appropriés), de façon à répondre aux besoins de la clientèle cible. Les CISSS et les CIUSSS devront également faire la promotion de l'avis de grossesse au sein de leur RTS. Des outils de communication ont été développés par le MSSS, tels que des affiches imprimables, des feuillets d'information à la population, des vidéos, etc. Les CISSS et les CIUSSS devront utiliser ces outils pour faire la promotion de l'avis de grossesse sur leur territoire, notamment en faisant des liens avec les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les villes, etc.	R
1,3	Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire, secondaire)	Il est attendu, en vertu et conformément aux responsabilités territoriales et populationnelles qui leur sont confiées, que les CISSS et CIUSSS, avec le soutien des DSPublique, assurent la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires (primaire et secondaire) de leur territoire, incluant le rattrapage de la vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020. Les programmes de vaccination en milieu scolaire comprennent la vaccination contre les hépatites A et B et contre les VPH en 4^e année du primaire et celle contre le méningocoque de sérogroupe C, contre la diphtérie et le tétanos, contre l'hépatite B et contre les VPH en secondaire 3. Une priorité devrait être portée à la vaccination réalisée au secondaire (3^e, 4^e, 5^e afin de procéder au rattrapage avant que les enfants ne quittent le milieu scolaire. Les CISSS et CIUSSS doivent s'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre, formée et qualifiée pour réaliser cette vaccination.	R
1,4	Consolider les effectifs au sein des directions de santé publique et les services de santé publique à mettre en œuvre pour faire face à la pandémie de la COVID-19	Dans le cadre de ce financement, les CISSS et CIUSSS doivent consolider l'embauche des effectifs des directions de santé publique afin d'assurer le déploiement d'interventions liées à la pandémie de la COVID-19. Les établissements auront à assurer un suivi auprès du MSSS sur les ressources humaines et les dépenses. Cette allocation représente une priorité du ministre qui se traduit par un investissement annuel de 76 M\$ annoncé dans le budget 2021-2022.	R

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés			
2,1	Implanter des sites Aire ouverte offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans	Les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement, par rapport à l'année précédente, quant au déploiement de leur site Aire ouverte, de l'embauche de leur équipe dédiée et l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.	R
2,2	Implanter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale, via leurs mécanismes d'accès. Ces mêmes établissements déploient également les étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes du PQPTM. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus, du nombre d'usagers en attente et des délais d'attente, au déploiement du PQPTM et à l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée aux étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes.	R
2,3	Soutenir le réseau d'éclaireurs et d'équipes relais en santé psychosociale et mentale	Les établissements devront faire état du déploiement du réseau d'éclaireurs.	R
2,4	Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité	Les établissements visés devront rédiger un plan d'amélioration des services de proximité présentant les actions prioritaires visant à améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Le plan d'amélioration des services de proximité devra prendre en compte le principe directeur, l'approche et les orientations du cadre de référence : Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.	R
2,5	Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale et ce, afin d'être en conformité avec le de cadre de référence sur les mécanismes d'accès, dont le guichet d'accès en santé mentale fait partie intégrante. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus et de l'implantation de la gouvernance des mécanismes d'accès en santé mentale (MASM) et des grandes fonctions des guichets.	R
Aînés et proches aidants			
3,1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent prendre les actions pour s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques (la mise en place de la planification précoce et conjointe des congés (PPCC), la diminution de la relocalisation et de l'accès à l'hébergement à partir du CH, l'intensification de l'AAPA et des pratiques pour éviter le déconditionnement et les actions structurantes pour : - Assurer une capacité hospitalière adéquate afin de répondre aux besoins d'accès notamment à la chirurgie. - Maintenir un niveau acceptable d'usagers ayant un statut NSA tout en prenant en compte leurs délais d'attente par variable du RQSUCH. - Soutenir la fluidité dans les urgences (DMS) en contribuant à diminuer la durée de séjour des usagers sur civières par un accès plus rapide aux lits des CH lorsque requis et également diminuer le nombre de personnes ne requérant pas d'hospitalisation, mais en attente sur une civière pour une relocalisation dans la communauté à partir de l'urgence. Les résultats attendus sont : - Une diminution du nombre d'usagers NSA hors délais dans les CH selon les délais prescrits et en vigueur.	R

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*
		○ Ceci se traduit par l'atteinte d'une proportion située en deçà de 40 % de NSA hors délai/NSA totaux (variable 16) par établissement de provenance (responsabilité populationnelle) et en deçà de 30 % d'usager hors délai en variable 8 évaluations-orientations. • Une diminution du nombre d'usagers hospitalisés qui occupent un lit, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent, faute de capacité pour les relocaliser dans la communauté pour bien répondre aux besoins de l'usager. ○ Le nombre d'usagers NSA par installation doit se situer en dessous d'une proportion de 8 % par rapport aux lits disponibles	
3,2	Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées	Les établissements doivent rendre accessible leur politique de lutte contre la maltraitance sur leur site Web et désigner un responsable de sa mise en œuvre. Les établissements doivent, d'ici le 31 mars 2023, déployer les formations en maltraitance selon ces cibles : • Un minimum de 85 % des employés en contact direct avec les personnes aînées, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial et un minimum de 30 % des cadres intermédiaires, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA, volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial suivront les formations Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées et Identification et signalement d'une situation de maltraitance envers une personne aînée; • Un minimum de 50 % des travailleurs psychosociaux œuvrant auprès des personnes aînées, en particulier ceux de la direction du programme SAPA, de l'accueil psychosocial et de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation Intervention psychosociale à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées; • Un minimum de 30 % des superviseurs cliniques qui relèvent de la Direction SAPA, de l'accueil psychosocial ainsi que de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation Supervision et soutien clinique dans la gestion des situations de maltraitance.	R
3,3	Implanter et suivre la phase trois des travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)	Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TNCM et leurs proches, le MSSS veut poursuivre son accompagnement du réseau pour la consolidation d'une offre de service flexible qui s'adapte aux besoins particuliers de ces usagers. Cela se fait avec un souci d'efficacité, de qualité et d'intégration de la trajectoire particulière à ces usagers au sein du continuum de services pour les aînés. Le déploiement proposé s'appuie sur les apprentissages des deux premières phases. Sa réussite requiert de consolider les acquis à partir des GMF et des services de proximité. Elle nécessite également une démarche formalisée qui se traduit dans les lignes d'un plan d'action biennal. Pour y parvenir, le MSSS propose une série de moyens facilitateurs, dont le Processus clinique interdisciplinaire, des conditions gagnantes et des outils d'aide à la pratique. Ils s'inscrivent dans une approche privilégiée de soutien aux établissements sur la base des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles	NR
3,4	Accroître les services offerts aux proches aidants (10 M\$) et implanter une coordination en proche aide (3 M\$)	Une reddition de comptes sera à compléter pour les types de services octroyés, les centres d'activités, les programmes services visés et les sommes investies et lors de la titularisation du poste de coordonnateur à la proche aide en y spécifiant notamment le type de professionnel embauché et la direction d'attache.	R R
3,5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	Les établissements doivent : • Avoir les structures et les processus en place pour permettre l'application des interventions ayant le plus d'impact clinique positif pour les aînés; • Offrir la formation du MSSS dédiée au personnel de soutien et aux bénévoles hors unité de soins et en unité de soins; • Encourager la contribution des personnes proches aidantes dans l'application d'interventions préventives, en fonction de leurs volontés et leur capacité d'engagement;	R R

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*
		Réaliser des audits de pratique périodiques dans les urgences et les unités d'hospitalisation afin de vérifier l'application des interventions préventives en lien avec l'autonomie et la mobilité, la nutrition et l'hydratation ainsi que l'état mental, cognitif, comportemental et psychologique.	
Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques			
4,1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2019-2023, et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.	R R
Développement du bien-être et de la protection de la jeunesse			
5,1	Mettre en place les mesures visant le renforcement et la coordination des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille afin de répondre aux besoins de ces derniers, en temps opportun	Il est attendu que les établissements poursuivent la mise en œuvre des actions afin que les jeunes en difficulté et leur famille puissent avoir accès à des services de qualité en matière de prévention et d'intervention de proximité, et ce, en temps opportun. Ces services devront être rendus de manière à assurer la fluidité des collaborations avec les services de la protection de la jeunesse, le cas échéant, et être basés sur les meilleures pratiques en leurs matières. Nous estimons que la réalisation de ces actions contribuera à ce que l'application de la LPJ conserve son caractère d'exception. Trois actions sont attendues dans le cadre de l'EGI : - Documenter les effets observés en vue d'assurer la continuité d'un suivi conjoint à tous les enfants qui reçoivent des services de première ligne et qui sont évalués par la DPJ afin de favoriser une transition à la suite de l'intervention de la DPJ. Lors d'un signalement, lorsqu'un enfant ou ses parents reçoivent des services en première ligne, poursuivre ces interventions jusqu'au terme de l'évaluation du signalement. - Assurer une réponse dans un délai maximal de 30 jours aux enfants et/ou parents référés par un DPJ vers les services de proximité. - Mettre en place des stratégies en vue d'assurer une trajectoire de services plus fluide entre le milieu scolaire et les services de proximité.	R
Coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles			
6,1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	Dans un premier temps, l'établissement doit réviser son processus d'autorisation des activités de recherche basée sur les meilleures pratiques identifiées dans le cadre du projet SQSV-TNDR en collaborant avec toutes les directions impliquées dans ce processus. De plus, il doit assurer un partage et un arrimage des pratiques avec les autres établissements du RSSS. En outre, il devrait prioriser le déploiement du projet d'optimisation de CATALIS au sein de l'établissement, notamment en assurant la disponibilité des ressources requises. Dans un deuxième temps, l'établissement doit se doter d'un cadre pour la production et le suivi de rapports de performance en se basant sur le rapport de performance CATALIS disponible dans la plateforme électronique Nagano. Des indicateurs clés du démarrage des études doivent être sélectionnés et suivis de façon étroite pour chaque activité de recherche soumise au processus d'autorisation en impliquant l'ensemble des services (recherche, clinique et administratif). Dans le cadre du processus d'autorisation optimisé, l'établissement doit notamment implanter des mesures visant à soutenir les cliniciens-chercheurs dans l'estimation plus exacte du nombre de participants pouvant être recrutés pour chaque essai clinique. Pendant la réalisation des essais, il doit également offrir des mesures concrètes pour aider les chercheurs à atteindre ces cibles. L'établissement devra également réduire de 25 % le délai moyen d'autorisation des activités de recherche au 31 mars 2023.	R
Technologies de l'information			
7,1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique	Le plan de modernisation technologique décentralisé de chaque établissement doit présenter les principales mesures technologiques que ce dernier prévoit réaliser en 2022-2023 et 2023-2024, avec une estimation de l'échéancier et des coûts d'implantation pour chaque mesure. Les mesures doivent contribuer à l'obtention de	R

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*
		gains rapides et comprendre des objectifs SMART munis d'indicateurs et de cibles annuelles en termes de : • Réduction de la pression sur le personnel • Réduction des délais d'accès aux services pour le citoyen • Amélioration de la qualité des services • Respect de l'échéance, des coûts et de la portée de chaque mesure Le plan doit également couvrir minimalement les sujets suivants et respecter les directives émises par la DGTI pour chacun de ces sujets, soit : • Moderniser les outils technologiques • Rehausser la capacité en télécommunications et outils collaboratifs • Rehausser la cybersécurité • Prendre le virage vers l'infonuagique • S'arrimer avec les projets de modernisation technologique nationaux • Mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique (DSN) Les établissements doivent rendre compte de l'état d'avancement de l'implantation de leur plan de modernisation technologique décentralisé et de l'utilisation des sommes octroyées pour sa réalisation. Cette reddition de comptes doit porter également sur l'ensemble des indicateurs identifiés. La reddition de comptes doit se faire sur une base trimestrielle relativement à l'utilisation des sommes additionnelles octroyées. Celle portant sur l'état d'avancement des plans ainsi que sur les indicateurs doit se faire sur une base annuelle. Pour plus de précisions, les établissements peuvent se référer aux guides produits par le MSSS.	R

*État de réalisation : R : réalisée à 100 % NR : non réalisée à 100 % S. O. : sans objet

Chapitre IV : Engagements annuels

RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS ANNUELS

Santé publique				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au * 31 mars 2023	Engagement ¹ 2022-2023
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CISSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire.	34,8 %	75 %	51,2 %	75 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais.	92,7 %	90 %	92,7 %	90 %
<u>Plan stratégique</u> 1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle.	80,8 %	90 %	81,8 %	90 %
1.01.29-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans.	1 744	1 537	2 346	1 537
1.01.30-EG2 Proportion des enfants âgés de 18 mois au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle.	74,7 %	90 %	75,8 %	90 %
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4 ^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec.	13,9 %	90 %	91,5 %	90 %

¹ Légende :

	Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

<u>Plan stratégique</u> 1.01.34-PS Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau	82,03 %	85 %	98,78 %	90 %
<u>Plan stratégique</u> 1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	87,88	80	87,00	80

Commentaires

1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CISSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire

L'indicateur n'est pas en mesure de laisser parler l'ensemble des interventions réalisées auprès de nos partenaires scolaires. 100 % de nos écoles secondaires reçoivent les services du programme de santé publique. L'indicateur a été complété seulement pour les écoles secondaires du territoire. Alors, il a un biais de saisi de l'information.

Pour les interventions au niveau des écoles primaires. Elles reçoivent les services de santé publique, tels que la santé dentaire et les saines habitudes de vie. De façon prospective, nous allons faire la collecte d'information pour inclure les écoles primaires de la région.

Les partenaires dans la région sont très satisfaits de notre engagement et service.

1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais

L'engagement est atteint dans tous les secteurs de la région depuis quelques années. La capacité des services de vaccination en périnatalité a été maintenue toute l'année. La consolidation de l'application du Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE) ainsi que le déploiement des actions régionales du plan d'action pour améliorer la couverture vaccinale des enfants contre les maladies évitables par la vaccination ont contribué à l'atteinte de la cible.

1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle

1.01.30-EG2 Proportion des enfants âgés de 18 mois au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle

Ce justificatif s'applique pour les deux indicateurs.

Différents facteurs ont influencé la non-atteinte des deux engagements 2022-2023, bien que la situation tende à s'améliorer depuis les dernières années : les enjeux de ressources humaines au niveau des effectifs infirmiers et également administratifs. Un projet organisationnel visant le déploiement d'une solution informatique pour les rendez-vous de vaccination devrait aider à améliorer ces difficultés.

Un autre point important est le phénomène d'hésitation vaccinale qui s'est cristallisé en association avec les stratégies déployées pour la vaccination COVID. Pour travailler cet aspect, des stratégies communicationnelles et d'organisation de service ont été déployées. On parle, par exemple, de stratégies de relances personnalisées basées sur l'entretien motivationnel, de la bonification des horaires

de rendez-vous (avec des ajouts d'offre de soir et de fin de semaine sur 52 semaines) et du déploiement d'activité de communication populationnelle. Par ailleurs, la mise en œuvre d'un plan d'action régional portant sur la protection des jeunes contre les maladies évitables par la vaccination, dont notamment la rougeole, devrait contribuer positivement et significativement à des améliorations. Il est important de spécifier que la couverture vaccinale des jeunes de 24 mois se situe généralement autour de 85 %, ce qui nous rassure estimant que les tout-petits sont bien protégés, même si le rendez-vous a lieu à l'extérieur de la fenêtre de deux semaines associées à ces indicateurs.

Un envoi personnalisé un mois précédant la date de l'atteinte de l'âge de 18 mois est aussi en implantation pour la préparation au « rendez-vous de 18 mois » dans le cadre du programme Agir tôt. La remise d'un aide-mémoire lors du rendez-vous de vaccination de 12 mois permet aussi de rappeler aux parents de prendre le rendez-vous de 18 mois.

1.01.29-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans

La cible qui avait été fixée pour l'année 2022-2023 était conservatrice dans le contexte des effets de la pandémie sur le délestage des activités en scolaire. La cible a pu être dépassée largement, et se rapprocher des résultats prépandémiques, avec une reprise des services réguliers en santé scolaire, dont le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec

Selon les données inscrites au registre vaccinal, la couverture vaccinale des élèves de 4^e année du primaire contre l'hépatite B serait de 88,7 %. La cible serait ainsi pratiquement atteinte et puisque la vaccination se poursuit actuellement, rattrapage en centre local de services communautaires (CLSC), le résultat devrait encore progresser positivement. Par rapport au reste du Québec, la région de la Chaudière-Appalaches se positionne favorablement pour cet indicateur. La reprise et le maintien des services réguliers en santé scolaire, dont la vaccination directement dans les milieux scolaires, expliquent ces bonnes couvertures vaccinales. Des actions de communication bonifiées, mais aussi d'amélioration d'accès à la vaccination (offre complémentaire de soir, lors des journées pédagogiques et de fin de semaine) y ont aussi contribué.

1.01.34-PS Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau

La baisse importante de la volumétrie des tests COVID explique principalement l'amélioration du résultat versus l'année passée et le dépassement de l'engagement 2022-2023.

1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge

Les excellents résultats régionaux obtenus au 31 mars 2023 (87 % par rapport à un engagement 2022-2023 de 80 %) peuvent s'expliquer, en grande partie, par une gamme de moyens déployés pour s'assurer d'une offre de service accessible :

- D'un point de vue géographique : site populationnel, sites de proximité, cliniques éphémères, mini-cliniques en centres hospitaliers (travailleurs et usagers), pharmacies (communautaires), offre en mobilité;
- D'un point de vue organisationnel : agilité autour de la gestion de l'offre de rendez-vous selon la demande populationnelle sur 7 jours, avec soirs, sans rendez-vous disponible, peu de délais d'attente pour un rendez-vous, prise de rendez-vous avec une plateforme informatisée).

À cela s'ajoutent de multiples actions de communication pour faire connaître l'offre de service et sensibiliser la clientèle. Les moyens déployés par les décideurs (ex. : contribution d'autres professionnels à la vaccination, levée d'enjeux de gestion documentaire, ressources financières consenties, stratégies communicationnelles) ont aussi contribué au résultat.

Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	72,2 %	80 %	69,0 %	80 %
Commentaires 1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements Les mesures suivantes ont été réalisées : - Mesures de suivi de l'hygiène des mains lors des opérations courantes (audits d'hygiène des mains, recadrages sur les non-conformités, offre de formation lorsque les pratiques sont défaillantes, accompagnement par les conseillères en soins infirmiers (CSI) de prévention et contrôle des infections (PCI) pour atteindre les bonnes pratiques en mode personnalisé ou en petits groupes; - Utilisation des images du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour faire la promotion de l'hygiène des mains; - Révision de la page intranet sur l'hygiène des mains; - Création d'une fiche d'animation pour supporter le gestionnaire dans la présentation des indicateurs de PCI et des taux d'hygiène des mains; - Augmenter l'offre de formation pour l'hygiène des mains; La pénurie de main-d'œuvre (grand volume d'embauches et de départs) explique en grande partie le taux actuel. Les actions suivantes se poursuivent pour améliorer l'atteinte de notre cible : - Création d'un comité organisationnel qui relève des tables cliniques de PCI pour développer un plan d'action pour l'hygiène des mains; - Élaboration d'un plan d'action pour l'optimisation des interventions sur l'hygiène des mains lors de la prestation de soins et services pour adresser les différents enjeux, mieux rejoindre les intervenants, développer une volonté d'agir ensemble et de modifier les comportements en matière d'hygiène des mains.				

Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	77,5 %	80 %	79,5 %	80 %
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	86,7 %	90 %	85,9 %	90 %
<u>Plan stratégique</u> 1.03.20-PS Nombre de maison de répit pour soutenir les proches aidants	ND	ND	1	NA

Commentaires

1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14

L'engagement est partiellement atteint pour l'année financière 2022-2023, avec un écart de 0,5 % plus bas que la cible.

Les usagers sont maintenus plus longtemps à domicile et sont orientés en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) lorsque leurs conditions se détériorent.

Le taux de roulement est élevé encore cette année dans l'ensemble des CHSLD. Les clientèles présentant des profils 9 et moins (profils de santé physique instable, troubles graves du comportement) sont admises en CHSLD, considérant le requis de services 24/7 que nous ne retrouvons pas ailleurs dans le continuum d'hébergement de la communauté.

Peu de ressources pour aînés sur notre territoire offrent des services de surveillance éveillée 24/7 ou de soins infirmiers. Nous devons composer avec cette réalité et cela a un impact sur l'atteinte de l'engagement.

1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention

L'engagement est non atteint pour l'année 2022-2023 et nous observons une légère diminution du taux comparativement à l'année précédente.

La gestion des éclosions dans les milieux d'hébergement a certes un impact important sur la capacité des équipes. De plus, la situation de pénurie de ressources humaines ainsi que le taux de roulement du personnel en CHSLD sont des facteurs importants dans l'atteinte de l'indicateur de gestion.

1.03.20-PS Nombre de maison de répit pour soutenir les proches aidants

Nous avons atteint l'objectif de l'ouverture d'une maison de répit, soit la maison Gilles-Carle à St-René de Beauce.

Soutien à domicile

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<u>Plan stratégique</u> 1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 314 123	1 200 000	1 313 583	1 248 000
<u>Plan stratégique</u> 1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	22 129	21 150	21 470	21 277

Commentaires

1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile

1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile

Pour l'année financière 2022-2023, la cible de 1 248 000 heures de service en soutien à domicile et la cible de 21 277 personnes ont été atteintes.

Par contre, entre 2021-2022 et 2022-2023, une légère diminution du nombre d'heures de service en soutien à domicile est notée (baisse de 1 %) ainsi que du nombre de personnes suivi au soutien à domicile (baisse de 3 %). Deux raisons peuvent expliquer cette situation, soit :

- Les difficultés de recrutement de personnel et plusieurs postes non dotés au soutien à domicile. Par contre, des postes d'autoreplacement sont proposés à chaque affichage de postes;
- Des personnes suivies à domicile durant la pandémie, considérant les risques d'un point de vue sanitaire, sont retournés recevoir leurs soins et services en ambulatoire.

Déficiência				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Plan stratégique 1,47-PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficiencia physique, une déficiencia intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	1 123	1 149	1029	1 164
Commentaires 1,47-PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficiencia physique, une déficiencia intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme Le nombre de places a diminué de 94 entre le 31 mars 2022 et le 31 mars 2023 : • Ressources intermédiaires (RI) : Le nombre de places est passé de 245 en 2021-2022 à 234 en 2022-2023, soit une baisse de 11. La fin d'une entente avec une RI comportant 20 places a influencé ce nombre de places à la baisse, malgré la création de certaines places. Toutefois, le nombre de places en RI sera en augmentation à court terme en raison des démarches de développement en cours (appels d'offres) totalisant 47 lits : ○ 20 lits adultes en déficiencia physique (DP); ○ 18 lits adultes en déficiencia intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DITSA); ○ 9 lits RI enfants. • Ressources de type familial (RTF) : Le nombre de places pour ce type de ressource a également connu une baisse de 26, passant de 516 à 490 cette année. Les fermetures de places RTF, notamment pour des départs à la retraite de promoteurs, n'ont pu être comblées totalement par le recrutement. • Maison des aînés et alternatives (MDAA) : À noter la création de 24 places en ressources alternatives avec l'ouverture de la première maison de ce type. Au cours des prochaines semaines, 36 nouveaux lits seront disponibles du côté de la MDAA de Black Lake. • Résidences à assistance continue (RAC) et les logements sociaux : Le nombre de places est demeuré sensiblement le même, soit 43 places en RAC et 57 places en logement social. • Unité d'hébergement transitoire (UHT) : Le programme a créé en 2022-2023, 10 nouvelles places dans ce type de ressource pour une clientèle 0-17 ans. Ces nouvelles places s'ajoutent à la création, en 2021-2022, d'une autre UHT pour une clientèle adulte. • Conséquemment, si on calcule le nombre de lits actuel et les futurs lits accessibles au cours des prochaines semaines, le total s'élève à 1168 lits.				

Jeunes en difficulté				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Plan stratégique 1.06.04-PS Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	24,68	25	22,72	25 jours
Plan stratégique 1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	1 301	236	1 187	353
Commentaires 1.06.04-PS Délai moyen d'attente pour une évaluation à la Protection de la jeunesse Il s'agit du délai entre la date de décision de retenir un signalement pour évaluation et la date de premier contact à l'évaluation. Nous avons atteint l'objectif déterminé (l'engagement 2022-2023 de 25 jours) et sommes même en deçà de celui-ci avec un résultat au 31 mars 2023 de 22,72 jours. Cela constitue une belle amélioration comparativement à l'année passée et encore plus dans un contexte où nous avons connu une augmentation des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour une sixième année consécutive. Les moyens identifiés l'année passée pour diminuer notre liste d'attente à l'évaluation des signalements (projet orientation, temps supplémentaire, support clinique et administratif aux intervenants) ont porté fruit et nous ont permis d'être en contrôle de notre liste d'attente pendant plusieurs mois en 2022-2023, ce qui favorise une diminution de notre délai entre la rétention du signalement et le premier contact à l'évaluation. L'action mise en place l'année dernière et qui est toujours d'actualité, est celle d'assurer une gestion régionale de la liste d'attente en Chaudière-Appalaches afin que l'entraide inter sous-régions permette de prioriser les situations dont les délais sont les plus longs. Il est important de préciser que toutes les situations urgentes, qui peuvent porter atteinte à l'intégrité de l'enfant, sont priorisées et évaluées dans un délai de 24 heures maximum. Les situations en attente sont considérées comme moins urgentes souvent parce qu'il y a un réseau entourant la famille où il s'agit d'un adolescent se rapprochant de l'âge de la majorité et dont la vulnérabilité est moindre qu'un jeune enfant par exemple. 1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt L'engagement est atteint et largement dépassé, avec un pourcentage de 336,3 %. L'ajout de personnel découlant du dernier financement, incluant une coordonnatrice, fut aidant dans l'atteinte de l'objectif. De plus, l'arrimage avec le guichet d'accès jeunesse aide grandement à atteindre la cible, car les enfants sont orientés au bon endroit.				

Dépendances				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Plan stratégique 1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	3 772	3 632	3 954	3 713
Commentaires 1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance L'engagement est atteint et dépassé avec un pourcentage de 106,5 %. Nous désirons souligner les efforts de l'équipe en dépendances.				

Santé mentale				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Plan stratégique 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	688	565	1 034	506
Commentaires 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale La liste d'attente comprend l'addition des personnes adultes et jeunes, autant pour les services ambulatoires de CLSC (1^{re} ligne) que pour les services spécialisés de psychiatrie et de pédopsychiatrie (2^e ligne). Le nombre de personnes en attente entre 2022 et 2023 a augmenté de 346, donc nous n'atteignons pas l'engagement, et ce, malgré les investissements et les travaux sur le déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Santé mentale adulte : Mise en contexte Pour les services ambulatoires santé mentale adulte, nous observons une augmentation de 1644 demandes comparativement à l'an passé. Quoique la capacité de prise en charge ait augmenté à la suite des investissements en santé mentale, le défi de recrutement demeure un enjeu avec six postes vacants, et ce, même en modifiant les titres d'emploi. Ainsi, un accompagnement pour apprécier la performance de nos unités sera réalisé suivi d'un plan d'action pour s'inscrire dans une pratique contemporaine. Santé mentale jeunesse : Mise en contexte Pour la portion des services jeunesse en santé mentale, un mécanisme de suivi a été mis en place auprès des gestionnaires qui en assument la responsabilité. Un suivi serré a été fait tout au long de l'année, ce qui explique l'amélioration de nos chiffres : en début d'année financière, nous étions à 131 pour la terminer à 94. Toutefois, prendre note que pour ce qui est de l'attente médicale (pédopsychiatre), nous avons toujours un enjeu de taille en ayant seulement six de ces spécialistes sur les onze prévus.				

Santé physique – Urgence				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<u>Plan stratégique</u> 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	14,02	12,00	15,60	11,70 heures
<u>Plan stratégique</u> 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	94	90	120	66 minutes
Commentaires 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire Ce justificatif s'applique pour les deux indicateurs. Le nombre de visites dans les urgences a continué d'augmenter à la suite de l'évolution de la situation pandémique. Globalement, il est passé de 203 040 (2021-2022) à 242 952 (2022-2023) soit une augmentation de près de 20 % pour 39 912 usagers pour l'ensemble du CISSS de Chaudière-Appalaches. Malgré tous les efforts, la poursuite de la situation pandémique a amené une détérioration de l'ensemble des indicateurs liés à la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence. Effectivement, l'accès aux lits d'hospitalisation a été restreint par l'intégration de la clientèle ayant la COVID-19 dans les unités de soins, la baisse de lits disponibles dans l'établissement liée à une pénurie de personnel, les éclosions, le nombre d'usagers requérant un niveau de soins alternatifs (NSA), les délais d'attente en lien avec le dépistage de la COVID-19 afin de pouvoir hospitaliser l'usager au bon endroit ainsi que l'observation de la clientèle dans les urgences afin d'éviter des hospitalisations. Tous ces facteurs ont contribué à la détérioration de l'ensemble des indicateurs liés à la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence. Concernant le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire : Hôpital de Thetford • Une augmentation de 21 minutes a été constatée en 2022-2023; • Le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence est passé de 1 h 29 (2021-2022) à 1 h 52 en 2022-2023. Hôpital de Saint-Georges • Une diminution de 23 minutes a été constatée en 2022-2023; • Le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence est passé de 2 h 49 (2021-2022) à 2 h 26 en 2022-2023. Hôtel-Dieu de Lévis • Le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence est demeuré à 1 h 28 en 2022-2023, tel qu'en 2021-2022. Centre Paul-Gilbert • Une augmentation de 28 minutes a été constatée en 2022-2023; • Le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence est passé de 1 h 26 (2021-2022) à 1 h 54 en 2022-2023.				

Hôpital de Montmagny

- Une légère augmentation de cinq minutes a été constatée en 2022-2023;
- Le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence est passé de 1 h 27 (2021-2022) à 1 h 32 en 2022-2023.

Nous avons donc des situations différentes selon les centres. Ces différences s'expliquent en partie par la diminution du nombre d'usagers réorientés. Le pourcentage de réorientation des cas de priorité 4 (moins urgent) et 5 (non urgent) * est passé de 12,8 % (2021-2022) à 11,5 % (2022-2023). Cette détérioration est aussi reliée à l'augmentation de la volumétrie de visites dans les urgences ainsi que la disponibilité des plages horaires en communauté pour la prise en charge de la réorientation. Ces deux facteurs ont donc eu un impact sur les délais de prise en charge pour la clientèle ambulatoire.

Les travaux débutés en 2022-2023 se poursuivront en 2023-2024 afin de permettre une meilleure fluidité dans la trajectoire de parcours de l'usager dans les urgences de la région de Chaudière-Appalaches. Un chantier d'optimisation en lien avec cet élément a débuté en mai 2022. Des travaux particuliers ont été entrepris concernant la réorientation à l'intérieur des services d'urgence ainsi qu'avec nos partenaires de la communauté et de la première ligne.

Hôpital de Thetford Mines

- Une augmentation de 4 062 visites a été constatée en 2022-2023;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 12,8 heures (2021-2022) à 14,7 heures en 2022-2023 avec une augmentation de 1,9 heure.

Hôpital de Saint-Georges

- Une augmentation de 7 193 visites a été constatée en 2022-2023;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 13,3 heures (2021-2022) à 14,2 heures en 2022-2023 avec une augmentation de 0,9 heure.

Hôtel-Dieu de Lévis

- Une augmentation de 805 visites a été constatée en 2022-2023;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 16,7 heures (2021-2022) à 19,1 heures en 2022-2023 avec une augmentation de 2,4 heures.

Centre Paul-Gilbert

- À la suite de la réouverture du Service de l'urgence du Centre Paul-Gilbert le 12 septembre 2021 pour un nombre total de visites de 19 770, une augmentation de 27 227 visites a été constatée en 2022-2023.
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 3,4 heures en 2021-2022 à 3,6 heures en 2022-2023 avec une légère augmentation de 0,2 heure. Noter que les heures d'ouverture de l'Urgence du Centre Paul-Gilbert sont de 7 h à 23 h, du lundi au vendredi et de 7 h à 19 h les fins de semaine.

Hôpital de Montmagny

- Une augmentation de 3192 visites a été constatée en 2022-2023;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 10,1 heures en (2021-2022) à 11,7 heures en 2022-2023 avec une augmentation de 1,6 heure.

* Niveau 4 – Moins urgent : La condition du patient est liée en une maladie aiguë et non sévère qui ne présente aucun risque pour sa survie. Exemples : brûlure mineure ou phlébite.

* Niveau 5 – Non urgent : La condition du patient s'apparente à une maladie mineure ou chronique qui ne présente aucun risque de détérioration. Exemples : rhume, fièvre, mal de dos, ongle incarné ou constipation.

Dans les prochaines années, le MSSS souhaite que les organisations se prévalent d'une application qui identifie plus précisément la clientèle pouvant être réorientée, par rapport aux cotes de priorités de l'échelle canadienne de triage et de gravité, qui n'est pas prévue pour cette activité. L'utilisation de cette application amènera assurément des résultats différents.

Santé physique				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	22 %	28 %	24 %	28 %
Commentaires 1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome Nous avons eu une baisse du nombre de nouveaux usagers d'hémodialyse soit 41 en 2021-2022 et 33 en 2022-2023. Nous avons eu également une baisse du nombre de nouveaux usagers en dialyse péritonéale, soit 9 en 2021-2022 et 8 en 2022-2023. Cependant, nous avons deux usagers en attente d'installation de cathéter de dialyse péritonéale. Si ces usagers avaient eu l'installation de cathéter, nous aurions dépassé la cible, car ceci nous aurait amené à 31 %.				

Santé physique – Chirurgie				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	666	500	183	160
<u>Plan stratégique</u> 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	1 812	2 000	1 082	1 500
Commentaires 1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies La cible à atteindre, initialement fixée à 160 usagers de plus d'un an a été revue à l'hiver 2023 à la demande du MSSS en raison des reprises chirurgicales difficiles pour tous les établissements et des enjeux de capacité hospitalière. En avril 2022, nous avons 655 usagers en attente depuis plus d'un an. La cible que nous nous sommes fixée à la période 13 était de 330. Au final, cette cible a largement été rencontrée et nous poursuivons nos efforts. Un plan d'action visant la réduction des usagers de plus d'un an d'attente a été élaboré à l'automne 2022 et permet d'atteindre de bons résultats. 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois Nous constatons l'atteinte de la cible initialement fixée pour l'année 2022-2023. La très grande majorité des usagers hors délais sont en attente au site Alphonse-Desjardins. Il s'agit des blocs opératoires de la région (Centre Paul-Gilbert et Hôtel-Dieu de Lévis) qui ont été les plus durement touchés durant le ralentissement requis par la pandémie. Le site Paul-Gilbert est maintenant rouvert depuis le printemps 2022, mais en raison de contrainte de main-d'œuvre en inhalothérapie, le temps opératoire sur ce plateau chirurgical doit régulièrement être coupé. À l'Hôtel-Dieu de Lévis, le niveau d'activité est favorable depuis l'automne et atteint désormais 87,5 % (une salle fermée sur huit).				

Les sites de Beauce et de Montmagny ont fonctionné à 100 % durant toute l'année, sauf exception ponctuelle. Le site de Thetford Mines a toutefois dû retrancher une salle sur trois en raison de la pénurie de main-d'œuvre infirmière, infirmière auxiliaire et inhalothérapeute depuis mars 2023. Cette situation risque d'ailleurs de perdurer encore quelques mois, mais plusieurs efforts de recrutement sont en cours.

Malgré l'augmentation des niveaux d'activités au-delà du 100 % avec l'apport des centres médicaux spécialisés (CMS), il n'en demeure pas moins que le manque de ressources dans l'organisation oblige la fermeture de lits de courte durée. En comparaison avec la période prépandémie, l'accès à un lit postopératoire se voit amputer de près de la moitié de la capacité habituelle, et ce, depuis 2020. Plusieurs usagers hors délais ne peuvent être programmés faute d'accès à un lit et les usagers en attente pour une chirurgie oncologique doivent être priorités.

Parmi les mesures correctrices mises en place, notons :

- Finalisation de l'implantation d'une trajectoire en chirurgie d'un jour pour les usagers subissant une prothèse de genou ou de hanche dans tous les sites du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Poursuite des travaux d'implantation de la trajectoire de récupération accélérée après une chirurgie (RAAC) pour les chirurgies colorectales (implantées en Beauce en 2019, à Lévis en 2022, à Thetford Mines en 2022 et à Montmagny en juin 2023);
- Embauche d'une infirmière clinicienne dédiée à l'implantation de nouvelles trajectoires de RAAC (avril 2023);
- Embauche d'une agente de planification, programmation et recherche (APPR) à la vigie de l'accès chirurgical visant l'optimisation de l'intégrité des données, le suivi des listes d'attente et l'analyse des écarts dans la région;
- Partenariat avec le CMS Lasik Md pour les chirurgies en ophtalmologie (8 priorités par semaine comparativement à 3 à 4 auparavant). Une grande proportion des usagers hors délais était pour une chirurgie de cataracte au site de Lévis. Les délais sont désormais beaucoup améliorés;
- Deuxième offre proposée aux usagers les plus anciens sur les listes d'Alphonse-Desjardins vers les autres sites du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Partage du plateau régional avec les chirurgiens de Thetford Mines étant donné la fermeture d'une salle sur trois;
- Optimisation du plateau au Centre Paul-Gilbert grâce à un investissement financier important pour l'achat de fournitures, appareils, etc. visant la délocalisation de certaines chirurgies de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Cet exercice est maintenant complété et permet une plus grande diversité de chirurgies sur ce plateau ambulatoire;
- Poursuite des travaux pour la mise en place de lits réservés au bloc opératoire dans tous les sites (implantés à Montmagny depuis janvier 2023);
- Application stricte de la circulaire du MSSS;
- Planification chirurgicale remise entre les mains des agentes administratives pour assurer une meilleure vigie de la réalisation d'usagers hors délais de façon régulière;
- Décision d'annuler une chirurgie par manque de lits prise au niveau stratégique;
- Épuration régulière des listes d'attente.

Santé physique – Cancérologie				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<u>Plan stratégique</u>				
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	62,3 %	70 %	57,0 %	80 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	90,7 %	95 %	86,5 %	95 %
Commentaires 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours La très grande majorité des usagers hors délai sont en attente au site d'Alphonse-Desjardins. Il s'agit du bloc opératoire où il se réalise le plus de chirurgies oncologiques dans toute l'organisation. Or, depuis les trois dernières années, l'Hôtel-Dieu de Lévis n'a pu reprendre 100 % de ses activités chirurgicales, mais demeure en augmentation progressive depuis les derniers mois. Malgré l'augmentation des niveaux d'activités chirurgicales du CISSS de Chaudière-Appalaches qui correspond à 103 % avec l'apport des centres médicaux spécialisés (CMS) actuellement, il n'en demeure pas moins que le manque de ressources dans l'organisation oblige la fermeture de lits de courte durée. En comparaison avec la période prépandémie, l'accès à un lit postopératoire se voit amputer de près de la moitié de la capacité habituelle, et ce, depuis plusieurs mois sur le site de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Les usagers en attente d'une chirurgie oncologique se doivent d'être programmés par priorité médicale, en conjugaison avec la disponibilité des lits de courte durée, tout en considérant le fait de devoir garder un accès minimal aux spécialités non oncologiques. Ce faisant, certains usagers ne peuvent bénéficier de leur chirurgie oncologique dans le délai prescrit. Comme cette clientèle requiert une hospitalisation dans la très grande majorité des cas, il est très difficile de donner accès au service chirurgical attendu à notre population et nous devons demeurer très agiles dans la planification des programmes, dans le respect des priorités médicales émises et la disponibilité des lits à l'unité de soins et aux soins intensifs. Des enjeux importants perdurent en ce qui a trait à la chirurgie thoracique oncologique. Un seul chirurgien thoracique couvre l'entièreté de la région et ces interventions sont réalisées au site de Lévis. Seulement deux à trois de ces chirurgies peuvent être programmées par priorité vu la durée de celles-ci. L'accès très restreint à un lit de soins intensifs demeure une difficulté pour ces usagers en attente. Voici les mesures apportées afin d'améliorer les délais d'accès à une chirurgie oncologique : • Mise en place d'un corridor de service avec le centre tertiaire en chirurgie thoracique à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) afin d'offrir une 2^e offre aux usagers en attente pour une chirurgie oncologique (automne 2022); • Octroi de priorités supplémentaires en chirurgie thoracique; • Poursuite des travaux pour la mise en place de la télésaturométrie dans tous les sites du CISSS de Chaudière-Appalaches; • Finalisation de l'implantation d'une trajectoire en chirurgie d'un jour pour les usagers subissant une prothèse de genou ou de hanche dans tous les sites du CISSS de Chaudière-Appalaches; • Poursuite des travaux d'implantation de la trajectoire de récupération accélérée après une chirurgie (RAAC) pour les chirurgies colorectales (implantée en Beauce en 2019, à Lévis en 2022, à Thetford Mines en 2022 et à Montmagny en juin 2023); • Embauche d'une infirmière clinicienne dédiée à l'implantation de nouvelles trajectoires de RAAC (avril 2023); • Embauche d'une agente de planification, programmation et recherche (APPR) à la vigie de l'accès chirurgical visant l'optimisation de l'intégrité des données, le suivi des listes d'attente et l'analyse des écarts dans la région;				

- Poursuite des travaux pour la mise en place de lits réservés au bloc opératoire dans tous les sites (implantée à Montmagny depuis janvier 2023);
- Décision d'annuler une chirurgie par manque de lits prise au niveau stratégique.

1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique

La disponibilité d'accès limité au plateau technique de l'Hôtel-Dieu de Lévis, le manque de lits, ainsi que le manque de ressources à plusieurs niveaux dont les inhalothérapeutes sont des éléments non négligeables. Le comité hebdomadaire de vigie des chirurgies en oncologie instauré lors de la pandémie de COVID-19 est maintenu afin de bien évaluer la priorisation des cas d'oncologie de sorte que les patients opérés hors délais présentent des tumeurs à évolution lente.

Santé physique – Services de première ligne				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<u>Plan stratégique</u> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	81,89 %	85 %	76,79 %	85 %
<u>Plan stratégique</u> 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	321 185	330 000	309 569	324 409
<u>Plan stratégique</u> 1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	28	43	41	39
Commentaires 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille Pour la région de la Chaudière-Appalaches, on observe une légère diminution du taux d'inscription auprès d'un médecin de famille d'environ 5 % par rapport à l'année dernière. On est forcé de constater que le 5 % de diminution en inscription individuelle a été pris en charge en inscription collective par les différentes cliniques Groupe médecine familiale (GMF), ce qui nous permet de maintenir notre pourcentage d'accessibilité par rapport à l'année 2021-2022. Si on ajoute les inscriptions collectives (5,15 %) ainsi que les patients en attente sur le Guichet accès à un médecin de famille (GAMF), mais admissibles au Guichet accès première ligne (GAP) (11,32 %), on se retrouve à 93,13 % de la population de Chaudière-Appalaches ayant accès aux services de première ligne. Depuis l'ouverture du GAP (mai 2022), près de 17 000 rendez-vous ont été octroyés auprès d'un médecin de famille dans les différents sites GMF de Chaudière-Appalaches, permettant ainsi d'améliorer l'accès aux soins et services de première ligne pour la clientèle orpheline de la région. Ce résultat n'inclut pas les usagers orphelins accueillis en clinique sans rendez-vous au GMF en mode populationnel. La majorité des cliniques accueillent des usagers orphelins dans leur « sans rendez-vous » sans qu'ils soient passés par le GAP. Régionalement, pour 2022-2023, il y a 336 802 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale admissible de 438 625 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ce qui donne un pourcentage de 76,79 %.				

Par contre, la plupart des cliniques médicales dans Chaudière-Appalaches participent à l'inscription collective. Il y a 22 588 patients qui sont inscrits à un groupe de médecin de famille représentant 5,15 % de la population admissible, ce qui nous amène à 81,94 % pour un total de 359 390 patients inscrits à un médecin ou un groupe de médecin de famille.

De plus, il y a 49 651 patients en attente au GAMF, mais admissibles au GAP (11,32 %), ce qui nous permet d'atteindre 409 041 patients ayant accès à un service de première ligne pour un total de 93,25 %.

Au cours de la dernière année, plusieurs ajustements ont dû être mis en place dans les cliniques afin d'offrir différents types de plages dont la réorientation des priorités de type P4* (moins urgent), P5* (non urgent) qui consultent dans une urgence, réorientation pédiatrique, plages GAP (inscriptions collectives et clientèle orpheline).

** Niveau 4 – Moins urgent : La condition du patient est liée en une maladie aiguë et non sévère qui ne présente aucun risque pour sa survie. Exemples : brûlure mineure ou phlébite.*

** Niveau 5 – Non urgent : La condition du patient s'apparente à une maladie mineure ou chronique qui ne présente aucun risque de détérioration. Exemples : rhume, fièvre, mal de dos, ongle incarné ou constipation.*

Voici les détails par réseau local de services (RLS) :

RLS Alphonse-Desjardins

Il y a 189 306 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 264 990 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 71,44 %. De plus, il y a 15 684 patients qui ont été pris en charge en inscription collective, ce qui nous amène à 77,35 % pour un total de 204 990 patients. De plus, il y a 38 837 patients en attente au GAMF, mais admissibles au GAP pour un total de 243 827 patients ayant accès à un service de première ligne, ce qui nous amène à 92,01 %.

RLS Thetford

Il y a 36 507 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 43 246 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 84,42 %. De plus, il y a 858 patients qui ont été pris en charge en inscription collective, ce qui nous amène à 86,40 % pour un total de 37 365 patients. De plus, il y a 3 751 patients en attente au GAMF, mais admissibles au GAP pour un total de 41 116 patients ayant accès à un service de première ligne, ce qui nous amène à 95,07 %.

RLS Beauce

Il y a 58 501 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 73 190 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 79,93 %. De plus, il y a 3 132 patients qui ont été pris en charge en inscription collective, ce qui nous amène à 84,21 % pour un total de 61 633 patients. De plus, il y a 6 865 patients en attente au GAMF, mais admissibles au GAP pour un total de 68 498 patients ayant accès à un service de première ligne, ce qui nous amène à 93,59 %.

RLS Etchemins

Il y a 14 763 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 17 075 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 86,46 %. De plus, il y a 744 patients qui ont été pris en charge en inscription collective, ce qui nous amène à 90,82 % pour un total de 15 507 patients. De plus, il y a 637 patients en attente au GAMF, mais admissibles au GAP pour un total de 16 144 patients ayant accès à un service de première ligne ce qui nous amène à 94,55 %.

RLS Montmagny-L'Islet

Il y a 33 584 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 40 124 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 83,70 %. De plus, il y a 2 346 patients qui ont été pris en charge en inscription collective, ce qui nous amène à 89,55 % pour un total de 35 930 patients. De plus, il y a 1 299 patients en attente au GAMF, mais admissibles au GAP pour un total de 37 229 patients ayant accès à un service de première ligne, ce qui nous amène à 92,78 %.

1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF

Le nombre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille à un Groupe médecine familiale (GMF) en Chaudière-Appalaches au 31 mars 2023 est de 309 569 en inscription individuelle. Par contre, il y a 22 588 patients inscrits à un groupe de médecin de famille et 49 651 patients en attente dans le Guichet accès à un médecin de famille (GAMF), mais admissibles au Guichet accès première ligne (GAP) donnant ainsi accès à un service de première ligne. Ce qui nous amène régionalement à un total de 381 808 patients ayant accès à un service de première ligne sur une population admissible de 438 625. Il faut préciser que le nombre d'usagers en

inscription collective est en réalité plus élevé, car une partie des demandes adressées en début 2023 n'ont toujours pas été traitées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Des travaux sont en cours pour corriger la situation.

Voici les détails par réseau local de services (RLS) :

On constate que l'accessibilité aux services de première ligne en GMF dans la région de Chaudière-Appalaches est de 87 % au 31 mars 2023.

1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne

Au 31 mars 2023, toutes les cliniques médicales affiliées à un Groupe médecine familiale (GMF) sont branchées à l'orchestrateur HUB* et, pour le moment, il y a seulement un site hors GMF qui a manifesté son intérêt à être sollicité de nouveau cet automne pour l'adhésion à l'orchestrateur HUB*.

** Solution informatique permettant l'harmonisation et la gestion des rendez-vous avec un médecin en première ligne. Il permet d'améliorer l'accès à la prise de rendez-vous dans les cliniques médicales en présentant à la clientèle l'ensemble des plages disponibles selon le type de consultation, peu importe la plateforme de prise de rendez-vous utilisée par ces cliniques.*

Source : Infolettre Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 10 juin 2021, lettre 075.

Santé physique – Imagerie médicale				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	62,3 %	90 %	68,4 %	90 %
1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	62,6 %	90 %	82,9 %	90 %
1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	66,4 %	90 %	52,4 %	90 %
Commentaires 1.09.34.00 – EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées Amélioration de 6,1 % de l'accès aux modalités d'imagerie médicale ciblées pour la population de Chaudière-Appalaches en 2022-2023 (68,4 %) versus l'année précédente (62,3 % en 2021-2022).				

Facteurs contraignant l'atteinte de l'engagement :

- Manque de ressources médicales et techniques;
- Disponibilité du parc d'équipements.

Mesures à prendre afin d'atteindre minimalement l'engagement de 90 % :

- Poursuivre la production supplémentaire selon la disponibilité des ressources techniques et médicales;
- Poursuivre les travaux afin d'augmenter le nombre de technologues autonomes;
- Poursuivre la deuxième offre (dans un autre hôpital de la région ou dans une clinique radiologique privée);
- Continuer de potentialiser nos plateaux techniques;
- Poursuivre les démarches de développement en termes d'équipements médicaux, en s'adaptant aux besoins actuels et futurs et dans la mesure du possible, en favorisant l'agilité reliée à une double vocation (ex. : rehaussement d'une salle de graphie à l'Hôtel-Dieu de Lévis en salle hybride graphie/scopie).

1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries

Amélioration significative de 20,3 % de l'accès au service de tomodensitométrie pour la population de Chaudière-Appalaches en 2022-2023 (82,9 %) versus l'année précédente (62,6 % en 2021-2022). Le CISSS de Chaudière-Appalaches se positionne favorablement par rapport au résultat provincial.

Engagement du 90 % non réalisé pour les secteurs Alphonse-Desjardins, Thetford Mines et Montmagny-L'Islet. Engagement atteint pour le secteur de Beauce-Etchemins.

Problématique de données, méthodologie et mesures à mettre en place : le pourcentage de l'atteinte de l'EGI est de 82,9 %, mais si on considère la gestion de non-disponibilité, on passe à 85 %.

Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement :

- Manque de ressources médicales et techniques;
- Disponibilité du parc d'équipements (particulièrement à l'Hôtel-Dieu de Lévis);
- Changement de l'appareil à l'Hôpital de Thetford Mines, perte de productivité pendant deux mois malgré la location d'une roulotte.

Mesures à prendre afin d'atteindre minimalement l'engagement de 90 % :

- Poursuivre la production supplémentaire selon la disponibilité des ressources techniques et médicales;
- Procéder à la demande d'un 3^e appareil à tomodensitométrie à l'Hôtel-Dieu de Lévis afin d'améliorer l'accès à la clientèle élective (les deux appareils sont déjà potentialisés);
- Actualiser le développement de soir à l'Hôpital de Montmagny;
- Poursuivre la deuxième offre (dans un autre hôpital de la région).

1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques

Détérioration de 14 % de l'accès au service d'imagerie par résonance magnétique pour la population de Chaudière-Appalaches en 2022-2023 (52,4 %) versus l'année précédente (66,4 % en 2021-2022). Le positionnement est cependant similaire au résultat provincial.

Engagement du 90 % non réalisé pour les secteurs Alphonse-Desjardins et Thetford Mines.

Engagement atteint pour les secteurs de Beauce-Etchemins et de Montmagny-L'Islet.

Problématique de données, méthodologie et mesures à mettre en place : le pourcentage de l'atteinte de l'EGI est de 52,4 %, mais si on considère la gestion de non-disponibilité, on passe à 58 %.

Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement :

- Manque de ressources médicales et techniques;
- Disponibilité du parc d'équipements (particulièrement à l'Hôtel-Dieu de Lévis);
- Peu de réceptivité à la deuxième offre.

Mesures à prendre afin d'atteindre minimalement l'engagement de 90 % :

- Poursuivre la production supplémentaire selon la disponibilité des ressources techniques et médicales;
- Poursuivre le partenariat avec le CRIC afin de potentialiser leurs appareils sur le quart de soir;
- Appuyer la demande faite par le Laboratoire d'imagerie médicale Lévis-Métro d'acquérir un appareil d'imagerie par résonance magnétique;
- Poursuivre la deuxième offre (dans un autre hôpital de la région).

COMMENTAIRES GLOBAUX :

Le manque de disponibilité des ressources techniques et médicales fait en sorte que nous ne sommes pas en mesure d'offrir l'accès requis en fonction du nombre d'usagers en attente. Des efforts importants de recrutement sont en cours et une demande de dépassement de Plan régionaux d'effectifs médicaux (PREM) est en élaboration pour les secteurs de Montmagny et de Thetford Mines.

Nous constatons pour plusieurs modalités que, malgré une augmentation de notre capacité à produire au cours des dernières années, nos indicateurs diminuent en raison d'une augmentation continue de la demande.

Santé physique – Services spécialisés				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<u>Plan stratégique</u> 1.09.49-PS Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E)	58,3 %	80 %	51,6 %	85 %
Commentaires 1.09.49-PS Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E) Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat au 31 mars 2023 de 51,6 % • Reprises des activités postpandémiques avec retard accumulé; • Indicateur qui ne tient pas compte de l'ensemble des consultations réalisées. Les médecins spécialistes doivent aussi répondre aux priorités cliniques des consultations non Centre de répartition des demandes de services (CRDS), et en provenance des unités de soins et de l'urgence; • Difficultés à obtenir des cliniques de médecins spécialistes hors établissement, la confirmation des rendez-vous réalisés et la nécessité de la double saisie (pourrait expliquer un 5 à 10 % d'écart); • Changement de système de rendez-vous dans deux installations avec certaines problématiques rencontrées lors de la conversion des données; • Changement de système de rendez-vous non actualisé dans notre plus grande installation soit l'Hôtel-Dieu de Lévis ayant comme impact la nécessité de faire une double saisie des cas CRDS (le CRDS ne donne pas de rendez-vous); • Grand volume de consultations de plus d'un an (environ 30 000) non épurées;				

- Priorité accordée aux traitements des cas consultations antérieures accumulées encore actives (diminution de 20 % à la dernière période de l'année financière 2022-2023).

Les mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration de ce résultat :

- Recherche active de solutions pour favoriser la saisie en temps réel des consultations réalisées hors Centre de répartition des demandes de services (CRDS);
- Déploiement d'un système de saisie des rendez-vous à notre site de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis planifié en septembre 2023 qui éliminera la double saisie et facilitera la deuxième offre;
- Épuration administrative de la liste d'attente CRDS (projet MSSS), démarrage 22 mai 2023.

L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente :

- L'atteinte des cibles fixées est un défi continu depuis la création du CRDS. Dès sa création, la grande volumétrie de demande consultation en Chaudière-Appalaches a suscité des préoccupations. Les efforts se poursuivent pour améliorer l'accès à nos usagers.

Ressources humaines				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,11	0,66	3,19	0,37
Plan stratégique 3.05.03-PS Ratio de présence au travail	91,24 %	91,24 %	91,80 %	91,29 %
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »	50 %	50 %	76 %	100 %
Commentaires 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante Notre engagement de 0,37 n'a pas été atteint. Mesures entreprises pour corriger la situation du recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) : • Élaboration et suivi du plan d'action commun en collaboration avec la région de la Capitale-Nationale pour diminuer le recours à la MOI avec les mesures suivantes : ○ Le personnel de la MOI doit être affecté sur les quarts défavorables; ○ Deux présentations du plan d'action, à deux périodes de l'année différentes, aux gestionnaires pour présenter les cibles à atteindre. Documentation disponible pour l'ensemble des gestionnaires; ○ Resserrer le système de contrôle pour les gestionnaires lorsqu'ils ont recours à la MOI; ○ Délai à respecter à la suite du départ du réseau avant que l'agence de placement de personnel puisse affecter l'employé dans nos établissements. • Pourcentage de personnel infirmier ayant des postes à temps complet est au-delà des nouvelles attentes des conventions collectives puisque plus de 86,20 % de notre personnel infirmier est à temps complet; • Personnel infirmier travaillant dans des unités 24/7 peut faire rehausser son poste à temps complet à tout moment; • Garanties d'emploi à l'embauche;				

- Postes offerts, dès l'embauche, dans la structure régulière de postes ou un poste sur mesure, selon les intérêts et les disponibilités de l'employé;
- Publicité sur les mesures gouvernementales;
- Plusieurs centaines d'infirmiers et infirmières font des quarts de fin de semaine en plus de leurs horaires chaque semaine et plusieurs d'entre eux ont accepté de changer de quart de travail;
- Nouvelles conventions collectives appliquées, permettant entre autres, l'augmentation des heures de la semaine normale de travail;
- Ajout de près de 200 équivalents temps complet à la structure de poste pour répondre au besoin;
- Ouvertures de nouveaux services : Maison des aînés et alternatives de Saint-Étienne et de Black Lake;
- Hausse significative du nombre d'agences ayant répondu à l'appel d'offres du centre d'acquisitions gouvernementales;
- Création de postes de surveillant d'établissement et d'agent de sécurité à nos structures de postes de base afin de diminuer la MOI dans ce secteur;
- Mise en place de six projets d'autogestion des horaires;
- Projet de recrutement international d'infirmière ou infirmier diplômé hors Canada (IDHC);
- Démarches multiples avec les maisons d'enseignement, formation Santé, assistance et soins infirmiers (SASI), Attestation d'étude professionnelle préposé aux bénéficiaires (AEP-PAB), AA3, bourses.

3.05.03-PS Ratio de présence au travail

Nous sommes en contrôle de cet indicateur malgré une légère hausse par rapport à l'an dernier.

Une hausse générale au niveau du temps supplémentaire, due au manque de ressources disponibles, en lien avec la rareté de la main-d'œuvre dans certains titres d'emploi, dans les secteurs plus éloignés du territoire et sur les quarts de soir et de nuit a été constatée.

Malgré tout, notre taux de présence au travail est maintenu grâce à :

- Mise en place de notre plan d'action Entreprise en santé Élite +;
- L'ensemble des primes offertes pour le temps complet;
- Beaucoup plus d'agences ont répondu à l'appel d'offres du centre d'acquisitions gouvernementales;
- Le programme santé, sécurité et mieux-être au travail;
- L'aménagement de temps de travail notamment les congés pour études, les programmes 7/7, les vacances, etc.;
- Le soutien et la formation clinique;
- Le rehaussement des postes à la demande de l'employé en continu;
- L'ensemble des services de soutien pour le retour au travail, de prévention et de la gestion;
- Programme de reconnaissance;
- Nous travaillons actuellement sur un projet d'accueil et d'intégration du nouveau personnel afin de faire vivre une expérience employé énergisante.

3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »

L'établissement poursuit ses efforts pour rehausser son taux de participation à la formation de sensibilisation aux réalités autochtones.

La formation est maintenant incluse dans le parcours d'accueil organisationnel et de formations obligatoires à réaliser lors de l'embauche de nouveaux employés.

De plus, un rapport des taux de participation par direction est déposé mensuellement aux rencontres du comité de direction permettant ainsi aux directeurs de bien suivre la situation et de réaliser les interventions nécessaires.

Finalement, des actions de communications internes ont été déployées pour faire la promotion de la formation. Le déploiement de ces moyens ont permis une belle progression entre 2021-2022 et 2022-2023.

Ressources technologiques				
Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	54,4 %	95 %	39,8 %	95 %
Commentaires 6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) Nous avons éprouvé une problématique technique concernant la mise à jour du Répertoire par courriel. Ceci a occasionné des mises à jour manuelles, ce qui explique en grande partie le retard observé et qui s'ajoute à celui accumulé pendant la pandémie en raison du délestage de cette activité de suivi du Répertoire. Nous avons actuellement mis en place un plan d'action visant l'atteinte de la cible. Un de nos objectifs est de diminuer notre vulnérabilité de main-d'œuvre pour la réalisation de la mise à jour du Répertoire.				

5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

Le processus d'agrément est une démarche rigoureuse d'évaluation de la qualité des soins et services et d'amélioration continue à laquelle participent les usagers, le personnel, les administrateurs ainsi que les partenaires et des membres de la communauté. Il permet de déterminer les points forts et les pistes d'amélioration de l'organisation en matière de sécurité, de services centrés sur le client, du milieu de travail, d'efficience, de pertinence, d'accessibilité, de continuité et de réponse aux besoins de la population. L'évaluation se fait à partir de normes internationales basées sur des données probantes et les meilleures pratiques.

Au mois de novembre 2022, le CISSS de Chaudière-Appalaches a été visité pour la séquence 3 d'un cycle d'agrément de cinq ans, comme convenu avec le MSSS. Les activités évaluées lors de cette visite concernaient la télésanté, la santé physique et les services généraux. Au terme de cette visite, le CISSS de Chaudière-Appalaches a conservé sa mention « Agréé », une certification qui vient reconnaître la qualité et la sécurité des soins et services offerts par le personnel.

ÉVALUATION DES ACTIVITÉS

Activités	Taux de conformité
Santé physique	
Chapitre 2 – Services des urgences	100 %
Chapitre 3 – Unités d'hospitalisation	98,8 %
Chapitre 4 – Services de soins critiques	97,1 %
Chapitre 5 – Services de néonatalogie	98,8 %
Chapitre 6 – Services de pédiatrie	98,8 %
Chapitre 7 – Services d'oncologie	98,1 %
Chapitre 8 – Services de soins palliatifs et de fin de vie	96,6 %
Chapitre 9 – Services interventionnels et périchirurgicaux	95,2 %
Chapitre 10 – Services de soins ambulatoires	95,5 %
Chapitre 11 – Services d'imagerie et médecine nucléaire	97 %
Chapitre 13 – Services de dons d'organes (donneurs décédés)	100 %
Chapitre 15 – Services d'activités spécialisées à domicile	100 %
Chapitre 16 – Cheminement de l'usager	100 %
Services généraux	
Chapitre 1 – Excellence des services	95,5 %
Chapitre 2 – Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	100 %
Chapitre 3 – Service Info-Social	100 %
Chapitre 4 – Services de consultation sociale ou psychologique	98,3 %
Chapitre 5 – Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	100 %
Chapitre 6 – Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	98,8 %
Chapitre 7 – Service Info-Santé	100 %
Chapitre 8 – Services de soins primaires (GMF publics)	92,7 %
Chapitre 9 – Services de santé courants	88,2 %
Télésanté	
Ensemble de normes : Télésanté	88,7 %

Non-conformités – Manuel d'évaluation

À la suite de cette visite, quelques non-conformités ont été relevées. Les équipes qualité sont actuellement en action afin de répondre aux critères qui ont été évalués non conforme. Les plans d'action seront soumis par la suite à Agrément Canada afin de confirmer que les actions mises en place répondent à la conformité.

Non-conformités – Pratiques organisationnelles requises (POR)

Lors de la visite, cinq POR ont été évaluées non conformes :

1. Transfert de l'information aux points de transition des soins;
2. Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins;
3. Conformité aux pratiques d'hygiène des mains;
4. Stratégie de prévention des chutes;
5. Prévention des plaies de pression.

Constats des visiteurs

Les visiteurs nous ont fait part de leurs observations générales à la suite de la visite. Ils ont constaté notre agilité organisationnelle face aux nombreux défis, des équipes mobilisées et engagées désireuses de s'améliorer, l'implication à tous les niveaux dans les processus d'amélioration de la qualité, la proximité avec les partenaires, l'aide-mémoire de transmission de l'information (situation, passé, évaluation, recommandations (SPER) et notre apprentissage à partir des situations vécues.

Les défis de notre organisation seront de retrouver notre vitesse de croisière prépandémie, de poursuivre les initiatives pour se doter de processus et d'outils communs tout en préservant les particularités des milieux et de reprendre les appréciations de la contribution/rendement.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a conservé son statut « Agrée » dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum.

Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, Agrément Canada a fait passer le sondage sur l'expérience usager aux usagers de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec. La période d'administration de ce sondage a eu lieu du 1^{er} mai au 30 juin 2022. Cette démarche est une première mesure de l'expérience usager dans le RSSS.

Les résultats constituent une mesure de référence ou un état de situation, puisqu'une comparabilité dans le temps n'est pas encore possible. Le nombre de répondants ayant complété ce sondage dans la région de Chaudière-Appalaches est de 681. Le questionnaire était disponible via un code QR seulement et de façon anonyme.

Les éléments sondés étaient la satisfaction par dimension, l'effet sur l'utilisateur et l'évaluation globale des soins et services. L'expérience des usagers ayant reçu des services au CISSS de Chaudière-Appalaches est similaire au reste du RSSS.

EXPÉRIENCE POSITIVE MOYENNE

Éléments sondés	RSSS	CISSS-CA
Expérience générale concernant la coordination – continuité	77 %	82 %
Expérience générale concernant la responsabilisation – autonomie	87 %	92 %
Expérience générale concernant les droits et responsabilités des usagers	65 %	71 %
Les soins ou services reçus ont aidé à mieux comprendre l'état de santé et de bien-être	89 %	93 %
Les soins et services reçus ont augmenté la confiance de l'utilisateur en ses capacités	86 %	90 %
Appréciation générale de la dernière expérience de soins ou services	91 %	93 %

Prochaines étapes

Le suivi des non-conformités doit être complété d'ici le 13 novembre 2023. La prochaine visite d'Agrément Canada aura lieu du 11 au 16 juin 2023 pour les séquences 4 et 5. La Direction des programmes en déficience, autisme et réadaptation, la Direction du continuum soutien à domicile et partenariat communautaire ainsi que la Direction de l'hébergement du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées sont visitées par les visiteurs d'Agrément Canada.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

Plusieurs actions sont prises annuellement par le Service de la gestion intégrée des risques et prestations sécuritaires des soins et services (GIRPSSS) afin de promouvoir la déclaration des incidents et accidents ainsi que la divulgation. La promotion de la culture de sécurité fait partie intégrante du travail de l'équipe de la gestion des risques par les échanges téléphoniques, courriels, lors de rencontres ou de comités, etc.

Cette année, le contexte de l'informatisation du formulaire AH-223 a permis à l'équipe de la gestion des risques de rencontrer un très grand nombre de personnes, de promouvoir la déclaration ainsi que la divulgation des incidents et accidents, en plus de répondre aux questions et de transmettre des notions portant sur la culture de sécurité. Lors de ce déploiement, pratiquement toutes les équipes qui n'utilisaient pas SISSS-PROV, principalement les secteurs Alphonse-Desjardins et la Beauce, ont été formées et peuvent maintenant remplir leur déclaration de façon électronique.

Voici quelques exemples de moyens qui sont réalisés pour promouvoir la déclaration et la divulgation :

- Formation Axe-1 « Gestion des risques pour les gestionnaires »;
- Formations offertes aux responsables des ressources de type familial, secteur jeunesse;
- Capsule vidéo présentée à l'accueil organisationnel des nouveaux employés;
- Mise à jour des outils et dépôt dans l'intranet;

- Article dans le journal *Le passager*;
- Présentations lors des rencontres HEROS²;
- Promotion de la formation portant sur la divulgation sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA);
- Promotion dans les comités prestataires de soins et de services;
- Présence dans les milieux de soins;
- Participation à la semaine nationale de la sécurité des patients (sondage, publications intranet, bulletin l'Express, etc.);
- Réalisation d'un sondage portant sur la déclaration;
- Rencontre d'information et de formation pour les nouveaux gestionnaires ou ceux ayant changé de milieu;
- Formation aux résidents en médecine;
- Formation à l'ensemble des externes en soins infirmiers.

Dans le contexte de l'ouverture des maisons des aînés et alternatives (MDAA), des formations portant sur le concept de tolérance aux risques ont été données aux employés et aux gestionnaires travaillant dans ces nouveaux milieux de vie. Cette nouvelle approche englobe une prise de risques calculés où le résident fait partie prenante de la décision, et ce, en collaboration avec l'équipe clinique et son proche ou son représentant légal, s'il y a lieu.

En plus de la déclaration des incidents et des accidents par le formulaire AH-223, plusieurs actions ont été mises en place au courant de l'année afin de déployer et promouvoir la loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa). Cette loi vise à déclarer à Santé Canada les événements en lien avec les réactions indésirables graves à un médicament (RIM) et les incidents graves liés aux instruments médicaux (IIM) se produisant dans les hôpitaux. Pour ce faire, l'établissement a adopté une politique et une procédure, créé une page Web, écrit un article dans le journal des médecins, fait un vidéo explicatif et rencontré diverses instances avec l'aide d'un pharmacien et d'un médecin.

La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance.

En date du 20 avril 2023, 17 404 déclarations ont été soumises dans le registre des incidents et des accidents.

Comme démontré dans le tableau suivant, les trois principaux types d'incidents d'indices de gravité A et B sont les événements des catégories Autres, médication et traitements.

² Cet acronyme a été déterminé pour décrire le rôle central de l'ASI et l'AIC H Humaine en tout temps, elle apprécie la communication; É Équitable, dans la distribution des soins aux usagers et la délégation aux bonnes personnes, des bonnes tâches au bon moment et avec les bons résultats; R Rigoureuse dans l'ensemble de son travail, reconnue comme experte clinique, elle a peu le droit à l'erreur; O Organisation des soins et gestion des ressources humaines au centre de conciliations quotidiennes; S Soucieuse tant pour les soins optimaux à offrir aux patients qu'à la qualité de vie optimale au travail du personnel.

PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS D'INDICES DE GRAVITÉ A ET B

Type d'incident	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble de tous les événements
Autres	413	29,11 %	2,37 %
Médication	377	26,57 %	2,17 %
Traitements	219	15,43 %	1,26 %

La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance.

Comme démontré dans le tableau suivant, les trois principaux types d'accidents d'indices de gravité C à I sont les chutes, la médication et les événements de la catégorie « autres ».

PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS D'INDICES DE GRAVITÉ C À I

Type d'incident	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble de tous les événements
Chutes	6788	42,46 %	39 %
Médication	3788	23,7 %	21,77 %
Autres	2672	16,72 %	15,35 %

Échelle de gravités

A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur (situation à risque).
B	Événement indésirable survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle).
C	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence . Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière ni de surveillance.
D	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles sont requises pour confirmer la présence ou l'apparition de conséquences.
E ₁	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées , sans hospitalisation/prolongation d'hospitalisation.
E ₂	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés sans impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.
F	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.
G	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives ou psychologiques.
H	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).
I	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès .

Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment

Les réunions du comité de gestion des risques se sont poursuivies sur une base régulière tout au long de l'année 2022-2023, et ce, pour un total de quatre rencontres. Lors des réunions du comité, les sujets suivants sont systématiquement mis à l'ordre du jour :

- La présentation des événements sentinelles et des recommandations émises;
- Le suivi des indicateurs des tableaux de bord liés aux déclarations;
- La présentation des rapports de coroner avec ou sans recommandation;
- Le suivi des alertes médicales;
- Le suivi des indicateurs des milieux de vie (ressources intermédiaires (RI), ressources de type familial (RTF) et résidences privées pour aînés (RPA);
- Le suivi du comité pharmaceutique;
- Le suivi des indicateurs de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

En plus des sujets énumérés ci-dessus, différents sujets ont été traités lors des réunions, dont :

- La révision et le suivi du plan de sécurité des usagers du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Le suivi de l'implantation de la Loi de Vanessa;
- Le suivi de l'intégration du service alimentaire du secteur de l'approvisionnement dans l'application de la gestion des alertes et des rappels;
- Transmission d'une recommandation aux directions du programme de santé mentale, du continuum soutien à domicile et partenariat communautaire de même qu'à la direction des programmes en déficience, autisme et dépendance, en matière de prévention des chutes;
- Transmission d'une recommandation pour la reprise des travaux du comité code bleu et code pédiatrique afin d'élaborer la procédure *code bleu* et *code bleu pédiatrique*;
- Présentation de l'approche de gestion des risques dans les maisons des aînés (MDA) et maisons alternatives (MA), comme proposé par le MSSS;
- Le suivi du déploiement de l'informatisation du formulaire AH-223 dans l'application SISSS-PROV;
- Suivi de l'implantation de la captation de l'expérience usager dans le traitement des événements sentinelles et dans les comités prestataires de soins et de services (CPSSS);
- La présentation des données statistiques en lien avec les erreurs des médicaments et des actions qui seront prises par les CPSSS.

Une vigie sur l'ensemble des déclarations d'incidents et d'accidents produit dans le CISSS de Chaudière-Appalaches est assurée quotidiennement. Cette dernière permet, entre autres, de cibler les événements nécessitant une analyse plus approfondie avec les équipes terrain dans le but d'identifier les causes fondamentales de l'événement et les pistes d'amélioration à mettre en place afin de diminuer les risques de récurrence. Un rapport trimestriel est rendu disponible sur le site intranet de l'établissement.

Dans le contexte de l'adoption de la *Politique de partenariat avec les usagers, les proches et la population*, en juin 2018, le CISSS de Chaudière-Appalaches a procédé à la révision de la structure de management de l'équipe de la gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services (GIRPSSS) afin de mettre à l'avant-plan l'intégration et la collaboration de l'utilisateur partenaire. L'équipe de la GIRPSSS accompagne les

intervenants et les usagers dans le partage de leurs expériences en lien avec les incidents, les accidents et les événements indésirables survenus lors d'une prestation de soins et services, tout en faisant la promotion et l'intégration de l'amélioration continue dans les processus ayant un impact sur les usagers. Plus particulièrement, dans le cadre de l'analyse des événements sentinelles, l'équipe de la GIRPSSS a effectué la captation du vécu expérientiel de l'utilisateur ou d'un membre de sa famille pour un total de 65 captations. Ce moyen permet aux usagers de pouvoir exprimer leur point de vue face à l'événement et de nommer des pistes d'amélioration s'il y a lieu. Un retour est ensuite fait au gestionnaire où s'est produit l'événement.

Pour l'année 2022-2023, le Service de la GIRPSSS a traité plus de 135 événements sentinelles. Des 96 pistes d'amélioration émises, 43 avaient été identifiées rapidement par les équipes avant même l'intervention du Service de la GIRPSSS, ce qui représente une constante avec l'an dernier. Les employés et les gestionnaires du CISSS de Chaudière-Appalaches sont proactifs et mobilisés afin d'identifier des améliorations liées à la sécurité des soins et des services offerts à nos usagers. Il est important de mentionner que tous les événements sentinelles³ sont analysés par un conseiller de la GIRPSSS. Par contre, ils ne se concluent pas tous par la tenue d'un comité retour sur l'expérience.

En date du 31 mars 2023, 76 pistes d'amélioration ont été réalisées, deux sont réalisées de façon continue, 18 sont en cours de réalisation. Nous pouvons donc dire que 81 % des pistes d'amélioration sont implantées.

ÉVÉNEMENTS SENTINELLES

Types d'événements sentinelles	Nombre de cas total en événements sentinelles	Nombre de cas avec recommandations	Nombre de recommandations totales pour ce type d'événement
Abus, agression, harcèlement	1	0	0
Autre	10	6	9
Bâtiment, matériel, équipement	6	2	3
Violation de confidentialité	5	3	5
Chute	59	14	19
Désorganisation comportementale	0	0	0
Diète	1	1	4
Fugue/disparition	5	2	3
Imagerie	1	En cours d'analyse	En cours d'analyse
Laboratoire	4	4	10
Médicament	7	7	13
Mesures de contrôle	0	0	0
Plaie de pression	1	En cours d'analyse	En cours d'analyse
Obstruction respiratoire	1	1	3
Tentative de suicide/suicide	20	10	15
Traitement	14	6	12
Total	135	56	96

³ Ce terme est utilisé pour désigner un événement qui demande une analyse approfondie parce qu'il révèle des failles dans un processus qui ont entraîné ou auraient pu entraîner des conséquences graves.

En plus des analyses rétrospectives réalisées, le CISSS de Chaudière-Appalaches a effectué trois analyses prospectives au courant de l'année 2022-2023. La première, qui impliquait plusieurs directions et services, portait sur les risques liés au milieu de vie. La seconde portait sur la présence animale en CHSLD et la dernière sur l'ouverture d'un site non traditionnel de soins (SNT).

La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

Cette année a été marquée par la volonté de l'établissement d'effectuer un retour aux activités régulières du Service de prévention et contrôle des infections (PCI), mais en contexte de pandémie de la COVID-19, la nécessité de poursuivre nos efforts de gestion des éclosions dans les milieux est demeurée très présente. La participation au comité de gestion des risques par un membre désigné par le comité de prévention et contrôle des infections a été régulière. Toujours sous la Direction générale adjointe aux programmes de santé physique générale et spécialisée, l'équipe de PCI a œuvré, malgré une sollicitation intense et maintenue, à assurer la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité dans l'organisation par l'implantation et le suivi des meilleures pratiques en lien avec la PCI, en voici des exemples :

- La structure de gouverne du programme prévention et contrôle des infections a été revue et entérinée par le comité de direction. Au cours de la dernière année, trois différentes tables cliniques ayant pour mandat d'analyser les besoins découlant des particularités des missions et des installations ainsi que de proposer des modalités d'intervention pour être en mesure d'atteindre les objectifs du programme de PCI ont été mises en place. Ces tables ont pour but de faciliter la prise en charge concertée des activités de PCI dans l'ensemble des installations de l'établissement.
- Réalisation des audits d'hygiène des mains dans les milieux de courte durée et dans les secteurs de soins de longues durées de l'établissement;
- Maintien, évaluation et accompagnement pour l'application des mesures de PCI reliées à la COVID-19 (préparation de notes de service, formations, révision de protocoles, etc.);
- Collaboration et participation aux activités de gestion de cas et d'éclosion pour l'ajustement des mesures de PCI reliées à la COVID-19 en courte durée et en milieu de vie, ainsi que pour les partenaires de la communauté en collaboration avec la Direction de la santé publique;
- Accueil, orientation et formation de nouveau personnel clinique dans le Service de PCI afin de répondre aux obligations de support des partenaires de la communauté;
- Enfin, l'intensité des activités en PCI demeure très soutenue malgré l'amélioration de la situation épidémiologique. Nous poursuivons les activités en lien avec la surveillance et l'application des mesures de PCI pour l'ensemble des pathogènes infectieux en milieux de soins et maintien des surveillances obligatoires dans le Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN). »

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118,1 LSSSS)

Volet organisationnel

La formation sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) d'une durée de 2 h 30 portant sur la politique et le protocole sur les mesures de contrôle est toujours en déploiement auprès des équipes. La formation portant sur les procédures est prévue à l'automne 2023. Ces procédures et les formulaires associés seront déployés au même

moment. Des outils ont été rendus disponibles sur intranet et du soutien clinique a été offert afin de répondre aux besoins des équipes cliniques. Une communauté de projet pour l'élaboration d'un répertoire sur les mesures de remplacement a terminé ses travaux qui devraient paraître aussi à l'automne. La communauté de pratique experte en mesure de contrôle et prévention des chutes a repris ses activités cette année.

Direction du programme jeunesse

Nous observons, en 2022-2023, une hausse significative des isolements comparativement aux données de 2021-2022. Cette hausse est de l'ordre de 75,5 % (1432 comparativement à 816). Cette tendance s'observe également pour les contentions. En effet, nous notons une augmentation du recours aux contentions de 92,9 % en 2022-2023 (2234 comparativement à 1158). Des mesures d'isolements ont été appliquées auprès de 74 usagers différents, tandis que des mesures de contentions ont été appliquées auprès de 97 usagers différents. Cependant, il faut considérer que des usagers ayant de multiples problématiques représentent à eux seuls une proportion importante des mesures qui sont prises.

Pour les isolements, trois usagers représentent à eux seuls 24 % de l'ensemble des mesures qui ont été prises. Pour ce qui est des contentions, trois usagers représentent à eux seuls 22,5 % des mesures qui ont été prises. Le déploiement de la nouvelle procédure en matière de recours aux mesures de contrôle au Programme jeunesse, la poursuite du déploiement du modèle ARC⁴ ainsi que l'intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA) dans les unités de réadaptation soutiennent cette volonté de l'ensemble des équipes à porter un regard sur la pratique et à diminuer au maximum le recours de l'application des mesures de contrôle des usagers.

Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD)

Pour la Direction du programme santé mentale et dépendance, l'année 2022-2023 quant aux mesures de contrôle a été une année empreinte de structure. En premier lieu, afin d'appliquer les meilleures pratiques, nous avons mis en place un plan d'action relatif à l'utilisation des mesures de contrôle dans nos résidences à assistance continue (RAC). Nous avons balisé l'utilisation des mesures de contrôle dans ce milieu et pour cette dernière année, celles-ci ont été utilisées à seulement quatre reprises. En début d'année financière, nous avons déployé un fichier de comptabilisation uniformisé des mesures de contrôle, tant pour les unités de soins que pour les résidences à assistance continue.

En ce qui a trait aux unités de soins psychiatriques, afin d'éviter de recourir aux mesures de contrôle, nous avons créé des postes d'agent d'intervention dans le but d'augmenter la surveillance sur les unités, mais aussi afin d'appliquer des alternatives à l'utilisation des mesures de contrôle. De plus, la fin de l'urgence sanitaire nous a permis de reprendre les activités de formation en matière d'intervention en situation d'agressivité. Pour l'année 2022-2023, 15 personnes ont suivi la formation *Oméga* (centres hospitaliers), formation d'une durée de 21 ou de 32 heures, et 24 personnes ont suivi la formation ITCA (résidences à assistance continue). Finalement, les travaux organisationnels en lien avec le déploiement de la procédure sur l'utilisation des mesures de contrôle en milieu hospitalier sont toujours en cours. La Direction du programme santé mentale et dépendance participe aux comités de travail et à la mise en application.

⁴ Attachement, Régulation et Compétences (ARC)

Direction du programme en déficience, autisme et réadaptation (DPDAR)

Cette année a été une année de changements au niveau de la DPDAR en vue d'harmoniser ses différents services afin qu'ils soient mieux adaptés aux besoins de la population. Ces travaux permettront ainsi des continuums de services en enfance, en déficience physique adulte ainsi qu'en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) adulte nécessitant l'identification de personnes expertes pour supporter les équipes au niveau des mesures de contrôles.

Le parc de ressources a été bonifié avec l'ouverture de deux unités transitoires pour la clientèle DI-TSA. Une de ces unités se trouve à St-Damien et dispose de dix places pour la clientèle adulte. La deuxième unité se trouve à St-Isidore et dispose de neuf places pour la clientèle enfant.

La formation disponible sur l'ENA est offerte à tous les nouveaux employés en lien avec l'application des mesures de contrôles des usagers (art. 118.1 LSSSS) nous maintenons cette participation.

Mesures de contrôle en chiffre pour 2022-2023 :

- 68 usagers différents pour qui des mesures de contrôles ont été appliquées, une diminution de 25 % en terme d'usager avec 3143 mesures de contrôles;
- 96 % de ces mesures se retrouvent appliquées en résidences à assistance continue;
- 46 usagers pour qui une mesure de contrôle a été planifiée pour un total de 76 mesures, pour une moyenne de 1,65 mesure de contrôle, une donnée qui demeure stable à celle l'année dernière. Notons une diminution quant au nombre d'usagers passant de 60 à 46 au courant de la dernière année.

Pour l'année 2023-2024 :

- Identifier les professionnels pour participer à la communauté de pratique experte en mesures de contrôle et en prévention des chutes;
- Planifier la formation des coordonnateurs professionnels (plusieurs intégreront les nouvelles équipes avec l'harmonisation à l'automne 2023 de nos services);
- Plan de communication aux nouvelles équipes dans les continuums de la DPDAR (voir à maintenir une formation à jour).

Direction de l'hébergement du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

À la DPSAPA, pour l'année financière 2022-2023, la procédure « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au Programme SAPA » a été finalisée et adoptée par le comité de direction. Un plan d'action visant l'implantation est en cours de réalisation. Rappelons que la procédure « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au Programme SAPA » est en lien direct avec la politique « Utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesure de contrôle au CISSS de Chaudière-Appalaches » et du protocole « Application des mesures de contrôle du CISSS de Chaudière-Appalaches ».

Comme par les années précédentes, un taux de contention inférieur à 10 % est visé pour le volet hébergement en CHSLD.

Direction du continuum soutien à domicile et partenariat communautaire SAPA (DCSADPC)

À la DCSADPC, pour l'année 2022-2023, l'accent a été mis sur la formation du personnel concerné par la mise en place des mesures de contrôle. Le titre de la formation suivie est « Pour une utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au CISSS de Chaudière-Appalaches » portant sur l'application de la politique d'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesure de contrôle et du protocole d'application des mesures de contrôle.

Il y a également eu durant la dernière année, la poursuite de la réalisation du plan d'action sur les mesures de contrôle élaboré en 2021-2022 pour s'assurer des bonnes pratiques et de la pérennisation de celles-ci.

En soutien à domicile, le 0 % d'utilisation des mesures de contrôle est visé.

Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par les instances suivantes :

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS)

L'ensemble des recommandations adressées à l'organisation et aux résidences privées pour aînés est déposé au comité de vigilance et de la qualité des services. Chacune des directions concernées a la responsabilité d'actualiser les recommandations émises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

MESURES D'AMÉLIORATION RÉALISÉES AU COURS DE L'ANNÉE 2022-2023

Motifs	Exemples de mesures d'amélioration
Accessibilité	Évaluer les besoins de la famille et leur transmettre l'ensemble de l'information relative à l'accès aux services, et ce, à l'aide des outils normalisés disponibles. Réévaluer l'admissibilité de l'usagère aux services de soins infirmiers du SAD, considérant son profil actuel.
Aspect financier	Conclure avec les résidents ou leur représentant légal, une entente écrite lorsqu'un service est ajouté à ceux déjà inscrits au bail.
Droits particuliers	S'assurer de rappeler à l'infirmière concernée, de même qu'à tous les membres de l'équipe, les obligations en lien avec la confidentialité du dossier des usagers. Rappeler et préciser aux intervenants les meilleures pratiques en matière de divulgation des événements indésirables.
Maltraitance	Mise en place de la présence d'un agent de sécurité pour les prochaines semaines pour le résident présumé agresseur. Appliquer les mesures disciplinaires auprès de l'employée concernée.
Organisation du milieu et ressources matérielles	Faire appliquer la directive ministérielle permettant les sorties extérieures en CHSLD en lien avec la gestion des éclosions COVID-19. S'assurer qu'un rappel soit fait à l'ensemble de l'équipe de l'urgence concernant l'obligation de remplir la feuille de gestion des effets personnels de l'usager et de la consigner au dossier.
Relations interpersonnelles	Planifier une rencontre avec l'employée concernée afin de lui signifier des attentes claires sur les attitudes et les comportements attendus de sa part. Faire un rappel aux membres de l'équipe sur les attentes en matière de courtoisie, en cohérence avec le guide des valeurs de l'établissement.
Soins et services dispensés	Réévaluer les besoins des usagers inscrits au SAD de façon à s'assurer que leurs besoins sont toujours en adéquation avec la nouvelle offre de service.

	Rappeler au personnel administratif d'appliquer la trajectoire implantée en mars 2021 en lien avec l'analyse des demandes de service en chirurgie d'un jour par le CRDS. Informar l'agente sur la référence qui doit être faite au Guichet d'accès aux services de première ligne (GAP).
--	--

Le Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen intervient chaque fois qu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne ou un groupe de personnes a été lésé ou peut vraisemblablement l'être, par l'acte ou l'omission d'un organisme public, de son dirigeant, de ses membres ou du titulaire d'une fonction, d'un emploi ou d'un office qui relève de ce dirigeant. Le Protecteur du citoyen peut, chaque fois qu'il donne son avis au dirigeant d'un organisme public, lui faire toute recommandation qu'il juge utile et requérir d'être informé des mesures qui auront été effectivement prises pour remédier à la situation préjudiciable.

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 19 plaintes qui visaient les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. De ces plaintes, 27 recommandations ont été formulées. Des mesures correctives ont été apportées à la satisfaction du Protecteur du citoyen pour 21 de ces recommandations émises, ce qui a contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services; 5 dossiers demeurent actifs ce jour incluant 6 recommandations en cours. En outre, le Protecteur du citoyen est intervenu, de sa propre initiative, à deux reprises auprès de l'établissement.

RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Recommandations		Réalisé	En cours
1.	Poursuivre les démarches afin d'identifier une ressource ou un partenaire pour desservir la plage horaire requise et prioriser la prestation du soin d'assistance personnelle pour l'usagère.	X	
2.	S'assurer que l'usager concerné obtienne son rendez-vous en orthopédie selon la position réelle qu'il doit occuper sur la liste d'attente, soit celle correspondant à une inscription en date du 30 septembre 2020	X	
3.	Élaborer un plan de développement de places de répit destinées aux personnes atteintes d'une déficience physique et leurs proches, incluant un échéancier	X	
4.	Rappeler à l'ensemble du personnel infirmier concerné à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges l'importance de procéder à une évaluation individualisée en fonction de l'état de santé de la personne à ce moment, même lorsque cette personne se présente de nouveau à l'urgence après un récent congé ou qu'elle consulte fréquemment	X	
5.	Compléter la révision des critères d'orientation des patients à l'aire des civières	X	
6.	21-14322 Diffuser l'algorithme décisionnel des critères d'orientation des patients à l'aire des civières à l'ensemble du personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges	X	
7.	Rappeler au personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges l'importance de respecter les délais de réévaluation de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG), afin d'assurer une prise en charge sécuritaire des usagers ou usagères	X	
8.	Réviser la situation de l'usagère et de sa proche aidante, quant à la possibilité d'octroyer des heures de présence-surveillance par la modalité chèque emploi-service du programme de soutien à domicile, le tout conformément aux versions finales des documents de référence Soutien à la famille et Soutien à domicile, actuellement en cours de modification.		X
9.	Confirmer par écrit à la mère de l'usagère que sa demande d'évaluation psychosociale pour sa fille est recevable ou non et, dans l'affirmative, lui indiquer le délai anticipé pour y procéder.	X	
10.	Procéder à l'audit de ce dossier pour faire émerger des pistes d'amélioration et de réflexion en	X	

Recommandations		Réalisé	En cours
	considération des normes de pratique en vigueur. L'audit devra porter, entre autres, sur l'objectivité des décisions et des orientations préconisées (notamment en regard des circonstances du retrait de la garde à la mère), l'approche et l'attitude de l'intervenante, la tenue de dossier, le contenu des rapports de révision, et l'encadrement de la déléguée par les gestionnaires concernés.		
11.	Dédommager l'usagère, dans le cadre d'une nouvelle inscription au programme d'adaptation de domicile (PAD) visant l'actualisation du projet initial d'adaptation de domicile (salle de bain), pour le préjudice causé par l'exigence erronée des intervenants de l'établissement ayant amené l'usagère à assumer des frais plus élevés pour l'adaptation de l'accès extérieur		X
12.	Poursuivre les formations du personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges quant au Protocole d'application des mesures de contrôle de l'établissement	X	
13.	Réaliser des audits de dossiers après six mois suivant la date de formation des derniers membres du personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges afin de s'assurer d'une application adéquate des mesures de contrôle.		X
14.	Dans l'attente que le MSSS fasse connaître ses orientations quant aux façons d'évaluer et d'effectuer le suivi des mesures de contrôle par les établissements de santé, prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer d'avoir les informations utiles afin de se conformer à la loi.		X
15.	Rappeler aux agents de sécurité de l'Hôpital de Saint-Georges l'importance de s'assurer d'inscrire les dates du jour où se déroule leur intervention sur les rapports d'événements.	X	
16.	Rappeler au personnel infirmier de l'urgence ainsi qu'à celui de l'unité de psychiatrique de l'Hôpital de Saint-Georges le droit aux usagers d'être accompagnés et assistés, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une usagère enceinte devant passer une échographie qui souhaite la présence d'un proche, sauf lors de situations particulières notées au dossier.	X	
17.	Rappeler au personnel infirmier de l'Hôpital de Saint-Georges de consigner aux dossiers des usagers les soins d'alimentation donnés particulièrement lorsque les mesures de contrôle sont appliquées	X	
18.	Prendre les mesures nécessaires afin que le service des archives médicales de l'Hôpital de Saint-Georges ne consigne plus aux dossiers des usagers tout formulaire ou note de plainte dans le cadre du régime d'examen des plaintes.	X	
19.	Rappeler aux intervenantes actuellement aux dossiers de vos enfants l'importance de consigner à leur dossier toutes les interventions réalisées.	X	
20.	Rappeler aux intervenantes de l'application des mesures et à celles aux dossiers de vos enfants qu'ils doivent rencontrer individuellement et fréquemment les enfants, et ce, même s'ils peuvent être hostiles aux intervenants.	X	
21.	Rappeler aux intervenants aux dossiers de vos enfants la nécessité de fournir des informations sporadiquement à la mère aux plans scolaire et de la santé, et ce, tant qu'une communication efficace entre les parents ne sera pas mise en place.	X	
22.	Soutenir les parents dans l'élaboration d'une communication efficace et, dans l'intervalle de la mise en place de celle-ci, assurer le relais des informations nécessaires à l'exercice de l'autorité parentale des parents.	X	
23.	Prendre les moyens nécessaires afin que soit effectué un suivi étroit lors des retours de contacts d'un enfant avec sa famille biologique lorsqu'un projet de vie d'adoption est envisagé et que sa famille biologique est investie.	X	
24.	Informar l'ensemble des employés de la Direction du programme santé mentale et dépendance sur les caractéristiques du consentement libre et éclairé et sur les principes du consentement substitué.	X	
25.	Informar l'ensemble des employés de la Direction du programme santé mentale et dépendance d'appliquer la Politique de départ applicable aux personnes dont les soins actifs sont terminés en centre hospitalier, en unité de réadaptation fonctionnelle intensive et en unité de transition de réadaptation fonctionnelle, POL_DG_2017-122.	X	
26.	Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 juin 2023, l'information concernant le déploiement de la transmission des formulaires RÉMI par courriel par les installations visées sur le territoire.		X

Recommandations		Réalisé	En cours
27.	Transmettre au Protecteur du citoyen un suivi de l'analyse du dossier de votre enfant incluant les constats en découlant et les suites qui y seront apportées d'ici le 31 mai 2023.		X
Total		21	6

Coroner

En 2022-2023, 60 rapports d'investigation du coroner ont été transmis concernant des décès survenus dans la région de la Chaudière-Appalaches. De ceux-ci, cinq comportaient des recommandations pour notre région, un rapport touchait l'ensemble des CISSS et CIUSSS et un autre rapport appuyait les recommandations émises par le Service de la GIRPSSS. À cet effet, des suivis sont assurés auprès des directions concernées pour la mise en place des mesures correctives.

De plus, dans une vision de promotion et de prévention, le Service de la GIRPSSS reçoit les rapports avec recommandations pour l'ensemble des établissements de santé de la province et voit à la diffusion de ceux qu'il juge pertinents, après analyse. La présentation des cas de coroner est un point statutaire à l'ordre du jour des réunions du comité de gestion des risques, aux différents comités prestataires de soins et de services (CPSSS) ainsi qu'au comité de vigilance et de la qualité des services (CVQS).

RECOMMANDATIONS ADRESSÉES À L'ÉTABLISSEMENT ET RÉSUMÉ DES MESURES

Événement	Recommandations	Mesures mises en place
Décès attribuable à une arythmie maligne. Il s'agit d'une mort naturelle.	Au MSSS, en collaboration avec le CISSS de Chaudière-Appalaches, de compléter promptement l'évaluation des effectifs ambulanciers dans la zone ambulancière de Lévis recommandée en 2020 et d'implanter rapidement toute mesure jugée nécessaire découlant de cette évaluation.	Des informations concernant des ajouts ponctuels de ressources pour le secteur de Lévis pour les années 2019-2022 ont été demandées par le MSSS et ont été transmises le 4 juillet 2022. Une discussion a aussi eu lieu entre le PDG du CISSS de Chaudière-Appalaches et la sous-ministre, afin de repositionner la suggestion pour l'ajout de 168 heures, comme suggéré depuis la parution du 1 ^{er} rapport de coroner en 2020.
L'exposé des causes et des circonstances des décès survenus dans les CHSLD pendant la pandémie de COVID-19	Que les CISSS et les CIUSSS : Assurent dans les CHSLD la présence suffisante d'infirmières spécialisées en PCI afin que celles-ci puissent être présentes dans les opérations quotidiennes et qu'ils en assurent la pérennité.	Dans nos milieux, les ratios d'Infirmière clinicienne spécialisée (ICS)-PCI ont été maintenus, conformément aux ratios ministériels, afin d'assurer la mise en place des mesures de PCI et la gestion des éclosions dans les milieux d'hébergement. Des suivis quotidiens ont été effectués dans les milieux par la PCI et, sont toujours en place, pour assurer le suivi des mesures de PCI et des meilleures pratiques. Lors d'éclosion, les conseillères en soins infirmiers CSI-PCI se rendaient sur place dans les milieux dans le but de supporter les équipes dans l'application des bonnes pratiques en matière de gestion des cas, des contacts et de toutes autres mesures liées à la gestion des éclosions. Cette pratique est toujours en place et se maintient. Un partenariat a été développé avec le corps médical des milieux, particulièrement lors d'éclosion, pour le suivi des cas et des levées des isolements afin d'agir dans le respect des directives liées à la COVID-19

Événement	Recommandations	Mesures mises en place
		et pour assurer les soins de qualité et sécuritaires tout en limitant la transmission du virus. Une garde du service de PCI (CSI-PCI) est en place afin d'assurer une ressource PCI disponible 7/7 jours pour les milieux. Dans le même ordre d'idée, une garde en gestion de PCI était en place aussi afin de répondre aux besoins et questions cliniques en lien avec la PCI en l'absence de l'équipe des CSI-PCI ou pour supporter davantage les équipes de PCI.
	S'assurent de planifier des simulations en lien avec les plans de pandémie de manière triennale.	Élaboration d'un plan d'action triennal de simulations en lien avec les plans pandémiques.
	Offrent de la formation quant à la tenue des dossiers médicaux et fassent des suivis périodiques.	Conforme
	S'assurent de l'encadrement nécessaire justifiant le recours aux protocoles de détresse et à la sédation palliative dans un contexte de soins aigus.	Au printemps et à l'été 2020, en période du début de la pandémie de la COVID, la DSP a diffusé à tous les médecins du CISSS de Chaudière-Appalaches, divers documents concernant les protocoles de détresse et la sédation palliative.
Arythmie cardiaque alors qu'il présente un infarctus aigu du myocarde.	- S'assurent d'analyser le dossier et de revoir plus particulièrement le suivi qui aurait dû être accordé aux analyses anormales (électrocardiogramme préoccupant) demandées en préopératoire en mars 2020 afin de mieux évaluer la condition clinique de M. avec les professionnels impliqués dans le dossier. S'il y a lieu, mettre en place un mécanisme de suivi afin de compléter un bilan de santé préopératoire satisfaisant, lorsqu'indiqué. - S'assurent d'analyser le dossier avec les professionnels impliqués et revoir plus particulièrement l'évaluation et le suivi qui sont accordés aux patients qui se présentent au triage de l'urgence et lorsqu'il y a prise d'une seule valeur franchement anormale de tension artérielle.	Le CMDP a révisé le dossier. En résumé, aucune lacune n'a été identifiée. Le comité rappelle l'importance à accorder aux suivis de tout examen demandé dans le parcours de soins de l'utilisateur. La révision du dossier a été réalisée par la Direction des soins infirmiers volet pratiques professionnelles et développement clinique. Un retour sera réalisé auprès des équipes au courant de l'hiver 2023.

Événement	Recommandations	Mesures mises en place
	S'assurent de vérifier la conformité de l'application de l'algorithme et le délai de prise en charge des soins cliniques d'urgence lors de la réorientation à une clinique médicale, un GMF ou un CDÉ afin de traiter M. optimalement à la suite de valeurs de pression artérielle élevées et présence de symptômes intermittents de mal de gorge sans symptômes d'allure grippale.	
Asphyxie par inhalation et intoxication volontaire à l'hélium dans un sac plastique.	S'assurent d'analyser les faits, les circonstances, les enregistrements entourant le suicide du 6 janvier 2022, de revoir plus particulièrement les circonstances et la demande d'évaluation du risque suicidaire faite par les policiers à Urgence-détresse, aux intervenants impliqués dans le dossier et d'y apporter le cas échéant toutes les améliorations jugées pertinentes afin de protéger la vie humaine.	Un comité a revu le dossier et a élaboré un plan d'action : - Précision des rôles de chacun (centrale, service d'accueil, d'analyse d'orientation et de référence (AAOR) et Urgence-détresse (UD) avec le soutien du cadre de garde; - Mise en place de rencontres de codéveloppement hebdomadaire pour les cadres où un retour est fait sur les situations complexes; - Codéveloppement pour les intervenants, AAOR et cadres; - Clarification de la ligne de commandement (révision des trajectoires faites et en cours); - Offre de jumelages interservices avec AAOR; - Bonification du processus d'orientation pour les nouveaux intervenants (jumelage, écoute d'appel, etc.); - Révision des questions d'entrevue avec les partenaires et validation de la perception de la décision prise par l'intervenant avec ceux-ci.
Décédé d'une bronchopneumonie. Décès naturel.	Le coroner recommande au CISSS de Chaudière-Appalaches et au Centre d'hébergement Champlain-Chanoine-Audet d'analyser le dossier et de revoir plus particulièrement le recours à la téléconsultation médicale pour l'évaluation clinique, le recours à une sédation palliative et le suivi pour un résident de CHSLD présentant une condition aiguë menant à son décès avec les professionnels impliqués dans le dossier en situation de pandémie.	La révision médicale du dossier a été effectuée de façon exhaustive sous la supervision du directeur des affaires médicales, pharmaceutiques et services professionnels du Groupe Champlain.
Intoxication au monoxyde de carbone.	Le coroner recommande de réviser les changements apportés au protocole RÉMI à l'automne 2021 à la lumière du présent cas afin de s'assurer que la protection offerte par ce protocole aux patients	Le dossier est présentement en évaluation par la DPSMD

Événement	Recommandations	Mesures mises en place
	présentant des risques suicidaires ne soit pas réduite indûment et sans motif impérieux.	
Hémorragie intracrânienne massive consécutive à un traumatisme craniocérébral survenu lors d'une chute de sa hauteur dans sa chambre de l'hôpital.	Le Service de la gestion des risques et prestation sécuritaire des soins et services a recommandé : Formation ou reformation du personnel sur les principes de base du programme de prévention des chutes, amélioration de l'information contenue dans les notes infirmières.	Réalisé

Le bureau de l'éthique clinique et organisationnelle

Le Bureau de l'éthique clinique et organisationnelle (le Bureau) relève de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Il est la porte d'entrée pour toute demande de consultation et de formation en éthique clinique et organisationnelle. Il initie et collabore à différents projets organisationnels sous l'angle éthique.

Afin de répondre aux demandes de consultation qui exigent une délibération éthique et une réflexion à larges spectres, trois comités d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) et un comité d'éthique organisationnelle stratégique (CEOS) sont en place. Ceux-ci relèvent du conseil d'administration pour assurer leur indépendance. À ceux-là s'ajoute le comité de la vie éthique qui relève de la direction générale, mis en place en 2021. Le Bureau assure le soutien administratif de ces comités et collabore à différents travaux menés par ces derniers.

THÈMES DES DEMANDES TRAITÉES EN 2022-2023 PAR LE BUREAU ET LES COMITÉS (CECO ET CEOS)

Thème	Total de demandes traitées	Consultation au niveau du bureau de l'éthique	Formation par le bureau de l'éthique avec participation des comités d'éthique	Délibération en comité d'éthique
Éthique organisationnelle (notamment déclarations de conflits d'intérêts)	50	22	22	6
Prise de décision (notamment consentement)	24	11	2	11
Éthique professionnelle	14	8	2	4
Allocation de ressources	8	5	1	2
Fin de vie	3	1	0	2
Total	99	47	27	25

Autres activités du bureau de l'éthique :

- Élaboration de fiches éthiques : <http://cisssca.intranet.reg12.rtss.qc.ca/direction-de-la-qualite-de-levaluation-de-la-performance-et-de-lethique/ethique/documentation/>

- Mise en place du réseau des répondants en éthique
- Mise en place d'un projet de Cercle éthique
- En collaboration avec les comités (CECO et CEOS) :
 - Révision du Règlement sur les conflits d'intérêts du CISSS de Chaudière-Appalaches;
 - Révision du fonctionnement des comités (CECO, CEOS);
 - En lien avec le projet Éthique organisationnelle en santé et services sociaux (ETH-O-SSS), il y a eu des activités concernant les deux volets :
 - Organisationnel : ETH-O-SSS Pandémie (forum, analyse, bilan, avis éthique, plan d'action); ETH-O-SSS Gouvernance (intervention en éthique); Plan d'action sur le consentement;
 - De recherche : poursuite du projet ETH-O-SSS gestionnaires intermédiaires, début du projet ETH-O-SSS Gouvernance – évaluation de l'intervention.
- Participation à des comités organisationnels, entre autres :
 - Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS);
 - Comité d'éthique de la recherche;
 - Comité de vigie en oncologie (accès aux chirurgies);
 - Comité restreint de surveillance chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Lévis;
 - Comités en lien avec les maisons de aînés et alternatives;
 - Comité de travail sur un cadre de référence en lien avec les besoins intimes.
- Collaboration provinciale et régionale avec le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSSUL) :
 - Implication dans l'organisation du Symposium des éthiciens, 17 juin 2022;
 - Présentation lors d'un colloque : Colloque « Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : regards interdisciplinaires sur les enjeux et les défis » (ulaval.ca);
 - Collaboration à l'organisation d'un cycle de conférences sur les enjeux éthiques en lien avec la pandémie (ex. : Conférence 3 : Les enjeux éthiques liés à la responsabilité sociale des organisations le cas de la gouvernance des RPA | Institut d'éthique appliquée (IDÉA) (ulaval.ca));
 - Implication dans le comité organisateur du Regroupement des éthiciens du réseau et dans les travaux sur diverses thématiques;
 - Participation au comité d'éthique COVID-19 du MSSS;
 - Participation aux rencontres du Pôle Éthique et santé et de l'Observatoire éthique et santé de l'IDEA (Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval).

Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

LES MISES SOUS GARDE (1^{ER} AVRIL AU 31 MARS)

Mises sous garde	Mission				Total Établissement
	CH	CHSLD	CLSC	CR	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	900	s. o.	s. o.	s. o.	900
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	268	s. o.	s. o.	s. o.	268
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	258	s. o.	s. o.	s. o.	258
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	182	s. o.	s. o.	s. o.	182
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	181	s. o.	s. o.	s. o.	181

() : nombre trop petit pour en permettre la publication.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Pour assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des soins et des services, le CISSS de Chaudière-Appalaches peut compter sur l'équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs.

En cas d'insatisfaction, un usager peut formuler une plainte relative aux services reçus, à recevoir ou requis du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, toute personne qui a des raisons de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés, qui suspecte de la maltraitance ou de la négligence envers une personne aînée et toute personne majeure en situation de vulnérabilité, doit signaler la situation au commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

Au cours de l'année 2022-2023, le commissariat ainsi que les médecins examinateurs ont traité 1936 dossiers qui se répartissent ainsi : 640 plaintes générales, 101 plaintes médicales, 646 interventions, 470 assistances et 79 consultations.

Pour joindre l'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services, il existe un numéro de téléphone unique soit, le 1 877 986-3587.

De plus, le site Web du CISSS de Chaudière-Appalaches contient toutes les informations nécessaires sur le régime d'examen des plaintes. Le formulaire de plainte et d'insatisfaction est également disponible dans la section « Plaintes et droits des usagers », sous « Commissaire aux plaintes et à la qualité des services ».

Nous vous invitons à consulter le rapport annuel du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services 2022-2023 de l'établissement disponible sur le site Web du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : cisssca.com.

L'information et la consultation de la population

L'information transmise à la population a été vaste au cours de la dernière année par le biais de divers moyens de communication organisationnels comme les plateformes Web et les médias sociaux, des articles et des entrevues dans les médias ou dans ses installations. Pour plus d'information, nous vous invitons à consulter notre site Web à l'adresse suivante : cisssca.com. Celui-ci contient plusieurs informations pour les citoyens, entre autres, les soins et services, les installations, les comités des usagers, etc.

Par ailleurs, le CISSS de Chaudière-Appalaches a été impliqué dans les travaux de différents comités en santé et services sociaux dans les communautés de la région. Ces lieux d'échanges auxquels participent notamment des élus municipaux, des députés de l'Assemblée nationale, des représentants d'organismes socioéconomiques et des citoyens impliqués dans leur communauté permettent au CISSS de Chaudière-Appalaches de transmettre de l'information sur ses services et ses projets en cours, mais également de consulter ses participants sur différents sujets. L'établissement est aussi allé à la rencontre de groupes d'élus municipaux qui sont les représentants de leurs citoyens en proximité pour à la fois entendre les préoccupations, mais également présenter ses services et ses projets. Ce sont donc de belles tribunes à cet effet que le CISSS de Chaudière-Appalaches espère poursuivre et développer particulièrement avec l'entrée en fonction de ses directeurs exécutifs de réseaux locaux de services (RLS) qui seront amenés à jouer un rôle de proximité plus accru auprès des communautés, au cours des prochaines années.

Finalement, dans le cadre de sa démarche de certification de la qualité de ses services de l'agrément, un grand sondage virtuel a été réalisé auprès de nos usagers afin de recueillir l'opinion de ceux-ci à ce sujet.

6. L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie

Rapport du président-directeur général au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi concernant les soins de fin de vie, Chapitre III, art. 8).

RAPPORT COUVRANT LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

Activité	Nombre de personnes	Site ou installation				Total
		Hôpitaux	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie (données dont l'exactitude est à bonifier, ainsi que la comparabilité d'une période à l'autre)	En centre hospitalier de courte durée Source : MedÉcho, les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV - Alphonse-Desjardins : 644 - Montmagny-L'Islet : 38 - Beauce : nd (pas de lit réservé) - Thetford Mines : 105	787				787
	En CHSLD Source : Gestred, medipatient (Impromptu) - Alphonse-Desjardins : 21 - Montmagny : 11 - Beauce : pas de lit dédié - Thetford Mines : 34 - Etchemins : 9		75			75
	A domicile Source : I-CLSC - Alphonse-Desjardins : 769 - Montmagny-L'Islet : 221 - Beauce : 316 - Thetford Mines : 196 - Etchemins : 93			1595		1595
	En maison de soins palliatifs Source : maisons de soins de palliatifs - Maison de soins palliatifs du Littoral : 95 - Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré : 119 - Maison de soins palliatifs d'Hélène : 104				318	318
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	168				168
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	324				324
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	317				317
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : 6 personnes sont décédées avant l'administration de l'AMM, 2 personnes ont retiré leur demande/a changé, 1 personne a demandé la sédation palliative continue.	7				7

RAPPORT COUVRANT LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2775
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	168
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	324
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	317
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	7

7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse

La directrice de la protection de la jeunesse - directrice provinciale (DPJ-DP) applique principalement deux lois : la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). Elle est également responsable d'administrer le Code civil du Québec en matière d'adoption québécoise et elle assume des responsabilités en adoption internationale. La DPJ-DP agit de plus à titre de tutrice légale pour un certain nombre d'enfants.

Elle doit assumer personnellement, au plan légal, la responsabilité de toutes les décisions prises et de toutes les interventions faites auprès de chacun des enfants qui lui sont confiés. La DPJ-DP est donc responsable de chaque enfant dont elle a pris sa situation en charge dans le cadre de la LPJ et de la LSJPA. Cette imputabilité lui confère un rôle d'autorité sociale où elle se doit de s'assurer en tout temps qu'il y ait une réponse aux besoins des enfants et des familles du territoire qu'elle dessert. Au Québec, il y a une DPJ-DP pour chacune des régions administratives.

La DPJ-DP ne peut agir seule afin de s'assurer que chacun des enfants soit protégé. Elle a donc besoin de compter sur la bienveillance de toute la population. À ce titre, la LPJ oblige tout citoyen ou professionnel à signaler la situation d'un enfant dont il considère qu'il n'a pas réponse à ses besoins essentiels.

Cette année, la DPJ-DP a traité 7841 signalements, ce qui correspond à une augmentation de 3,1 % comparativement à l'année précédente. Le principal motif de signalements retenus cette année est celui de l'abus physique (592, soit 22,3 %), suivi par le risque sérieux d'abus physique (466, soit 17,6 %). La négligence (170, soit 21,4 %) et les mauvais traitements psychologiques (159, soit 20 %) sont les principaux motifs pour lesquels il y a un risque que la sécurité et le développement de l'enfant soient compromis. On remarque une proportion importante d'enfants âgés de 0-12 ans signalés à la protection de la jeunesse (71,1 %). Des initiatives de concertation avec tous les acteurs du milieu ont cours de façon continue afin d'en comprendre les raisons et d'agir préventivement pour éviter que la situation des enfants se détériore en Chaudière-Appalaches. C'est sur le territoire de Beauce-Sartigan (18 %) que l'on retrouve le nombre le plus élevé des enfants âgés entre 0-5 ans suivis par la DPJ-DP, suivi de près par Les Appalaches (15 %).

L'accessibilité, la qualité et l'efficacité de nos services sont des priorités pour la DPJ-DP. En ce sens, toutes les situations signalées requérant une intervention immédiate ou de 24 heures le sont dans les délais prévus.

En ce qui concerne le service des jeunes contrevenants, nous avons offert en 2022-2023 des services à 334 usagers en vertu de la LSJPA (52 filles et 282 garçons). Les garçons se retrouvent représentés en plus grand nombre (84,4 %) et 128 jeunes ont été concernés par une mesure de sanctions extrajudiciaires et 134 jeunes par des sanctions judiciaires.

Cette année, nous avons procédé à six adoptions québécoises ce qui représente le même volume par rapport à l'année dernière qui peut s'expliquer par certains reports d'audiences à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse. En ce qui concerne l'adoption internationale, les délais sont toujours en augmentation considérant que la réalité de plusieurs pays a changé et que les enfants en attente d'adoption sont souvent en grands besoins spéciaux nécessitant des soins et une implication plus grande des parents adoptifs. En ce qui concerne la tutelle, nous avons eu deux nouveaux jugements de tutelle au cours de la dernière année.

Les défis de la prochaine année sont nombreux. À titre de DPJ-DP, nous travaillons en collaboration avec les différents acteurs du monde judiciaire pour améliorer la pratique judiciaire au Québec, nous travaillons principalement à réduire les délais occasionnés par le processus judiciaire. Nous avons créé une équipe spécialisée régionale en abus et maltraitance qui permet de faciliter le parcours de soins de l'enfant qui est victime d'abus ou de négligence grave. Nous avons été mandatés par le MSSS pour déployer, dans toutes les régions du Québec, le programme d'intervention sociojudiciaire en conflits sévères de séparation. Nous avons coprésidé avec le RUISSS Laval les travaux sur le parcours universitaire des futurs travailleurs en protection de la jeunesse afin de mieux les préparer à la réalité terrain. Cette année, l'ensemble des services de la protection de la jeunesse a connu des hausses de volume exceptionnelles. Des défis de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre font partie des enjeux importants de la direction.

Soyons bienveillants avec les enfants, nous sommes tous concernés par leur bien-être!

SIGNALEMENTS TRAITÉS

	2022-2023						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	1061	1441	873	325	0	3700	47,19 %
Garçon	1203	1871	741	324	0	4139	52,79 %
Inconnu	1	0	1	0	0	2	0,02 %
Total	2265	3312	1615	649	0	7841	100 %

	2021-2022						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	1098	1478	767	334	34	3711	48,78 %
Garçon	1166	1744	680	258	42	3890	51,14 %
Inconnu	5	0	0	1	0	6	0,08 %
Total	2269	3222	1447	593	76	7607	100 %

SIGNALEMENTS RETENUS PAR MRC

MRC	2022-2023	2021-2022
Beauce-Sartigan	398	333
Bellechasse	229	216
Chutes-de-la-Chaudière	407	376
Desjardins	334	266
Appalaches	289	299
L'Islet	114	72
Nouvelle-Beauce	190	200
Etchemins	144	115
Lotbinière	234	209
Montmagny	119	128
Robert-Cliche	115	129
Hors territoire	77	88
Total	2650	2431

NOMBRE DE SIGNALEMENTS RETENUS

Problématiques	2022-2023	2021-2022
Abandon	5	3
Abus physique	592	517
Risque sérieux d'abus physique	466	391
Abus sexuel	126	133
Risque sérieux d'abus sexuel	159	156
Mauvais traitements psychologiques	379	339
Négligence	443	447
Risque sérieux de négligence	318	266
Troubles de comportements sérieux	162	179
Total	2650	2431

PROVENANCE DES SIGNALEMENTS

Provenance	2022-2023	2021-2022
Milieu familial	13,66 %	15,10 %
Employé d'un CJ	29,44 %	31,47 %
Famille d'accueil	0,15 %	0,32 %
Employé d'un CH ou médecin	2,49 %	2,41 %
Autres professionnels	1,12 %	0,67 %
Milieu scolaire	22,19 %	20,60 %
Milieu policier	17,18 %	14,90 %
Communauté	8,39 %	9,36 %
Milieu de garde	1,83 %	1,60 %
Employé d'un organisme	3,55 %	3,57 %
Total	100 %	100 %

ENFANTS DONT LA SITUATION EST PRISE EN CHARGE PAR LA DPJ

Problématiques	2022-2023		2021-2022	
	Total	%	Total	%
Abandon	18	0,88 %	16	0,78 %
Abus physique	191	9,31 %	181	8,80 %
Risque sérieux d'abus physique	115	5,60 %	89	4,33 %
Abus sexuel	64	3,12 %	66	3,21 %
Risque sérieux d'abus sexuel	55	2,68 %	62	3,01 %
Mauvais traitements psychologiques	391	19,06 %	381	18,2 %
Négligence	620	30,21 %	637	30,97 %
Risque sérieux de négligence	456	22,22 %	489	23,77 %
Troubles de comportement sérieux	142	6,92 %	136	6,61 %
Total	2052	100 %	2057	100 %

MILIEU DE VIE DES ENFANTS À L'APPLICATION DES MESURES AU 31 MARS

Milieu de vie	31 mars 2023		31 mars 2022	
	Total	%	Total	%
Suivi dans le milieu familial	899	51,14 %	817	49,73 %
Confié à un tiers significatif	165	9,38 %	149	9,07 %
Ressources de type familial	341	19,40 %	353	21,48 %
CR et RI	97	5,52 %	101	6,15 %
Indéterminé ¹	256	14,56 %	223	13,57 %
Total	1758	100 %	1643	100 %

¹ Milieu de vie indéterminé :

- Pas de mesures actives à l'application des mesures
- Sans mesure pendant l'instance
- Retard dans la saisie

8. Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné

NOMBRE DE PERSONNES OCCUPANT UN EMPLOI DANS L'ÉTABLISSEMENT AU 31 MARS 2022 ET NOMBRE D'ETC EN 2021-2022

Catégorie de personnel	Nombre d'emploi au 31 mars 2022			Nombre d'ETC en 2021-2022		
	2022	2022 COVID	2022 Total	2022	2022 COVID	2022 Total
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 277	284	3 561	2 744	144	2 888
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 257	205	3 462	2 581	104	2 685
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 823	150	1 973	1 595	80	1 675
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	3 480	129	3 609	2 888	71	2 959
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	110	5	115	88	3	91
6 – Personnel d'encadrement	411	2	413	398	4	402
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	1	28	29	---	14	14
Total	12 359	803	13 162	10 294	419	10 713

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

Nombre d'emplois : Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) : L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public

COMPARAISON 2017-2018 À 2022-2023

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
1 – Personnel d'encadrement	2017-18	621 556	1 775	623 332	342	401
	2018-19	612 082	543	612 625	337	397
	2019-20	621 512	8 627	630 138	342	432
	2020-21	649 732	84 655	734 386	358	428
	2021-22	701 113	27 585	728 698	386	455
	2022-23	773 560	6 351	779 911	426	557
	Variation	10,3 %	(77,0 %)	7,0 %	10,3 %	22,4 %
2 – Personnel professionnel	2017-18	2 457 538	12 756	2 470 294	1 363	1 755
	2018-19	2 636 884	16 238	2 653 122	1 462	1 877
	2019-20	2 807 361	19 501	2 826 862	1 557	1 979
	2020-21	3 001 787	46 827	3 048 614	1 665	2 184
	2021-22	3 102 959	61 483	3 164 442	1 719	2 346
	2022-23	3 212 138	49 930	3 262 069	1 766	2 601
	Variation	3,5 %	(18,8 %)	3,1 %	2,7 %	10,9 %
3 – Personnel infirmier	2017-18	4 808 591	172 701	4 981 292	2 574	3 409
	2018-19	4 945 434	212 396	5 157 830	2 646	3 485
	2019-20	4 989 824	231 576	5 221 400	2 667	3 464
	2020-21	5 092 432	281 995	5 374 427	2 717	3 705
	2021-22	5 198 156	307 019	5 505 175	2 730	3 820
	2022-23	5 117 430	332 694	5 450 125	2 651	3 612
	Variation	(1,6 %)	8,4 %	(1,0 %)	(2,9 %)	(5,4 %)
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	2017-18	7 508 116	170 702	7 678 818	4 140	5 989
	2018-19	7 813 070	212 967	8 026 038	4 306	6 122
	2019-20	8 126 651	254 375	8 381 025	4 479	6 330
	2020-21	8 821 235	283 826	9 105 061	4 865	7 412
	2021-22	8 940 544	349 653	9 290 198	4 923	7 615
	2022-23	9 005 290	427 969	9 433 258	4 935	8 490
	Variation	0,7 %	22,4 %	1,5 %	0,2 %	11,5 %
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et service	2017-18	1 641 617	24 392	1 666 009	837	1 335
	2018-19	1 656 430	27 324	1 683 754	845	1 363
	2019-20	1 677 792	34 822	1 712 614	857	1 453
	2020-21	1 965 678	46 850	2 012 529	1 011	1 819
	2021-22	1 865 494	49 385	1 914 879	956	1 748
	2022-23	1 811 096	65 282	1 876 378	925	1 810
	Variation	(2,9 %)	32,2 %	(2,0 %)	(3,2 %)	3,5 %

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
6 – Étudiants et stagiaires	2017-18	9 982	110	10 092	6	37
	2018-19	10 041	111	10 152	6	70
	2019-20	12 003	124	12 127	7	48
	2020-21	27 645	172	27 817	15	84
	2021-22	43 235	520	43 754	24	118
	2022-23	41 335	690	42 024	23	126
	Variation	(4,4 %)	32,7 %	(4,0 %)	(4,3 %)	6,8 %
Total du personnel	2017-18	17 047 400	382 437	17 429 837	9 261	12 290
	2018-19	17 673 942	469 579	18 143 521	9 602	12 647
	2019-20	18 235 142	549 025	18 784 167	9 909	13 089
	2020-21	19 558 510	744 324	20 302 834	10 631	14 885
	2021-22	19 851 501	795 645	20 647 145	10 738	15 428
	2022-23	19 960 849	882 916	20 843 765	10 725	16 201
	Variation	0,6 %	11,0 %	1,0 %	(0,1 %)	5,0 %

La cible d'effectifs (20 736 068 heures) fixée par le MSSS n'a pas été respectée par le CISSS de Chaudière-Appalaches (nombre d'heures réelles : 20 843 765). Cette variation de 0,5 % s'explique par le fait que certains investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

9. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Les charges des activités principales du fonds d'exploitation ont permis de soutenir l'ensemble des programmes-services et de soutien.

RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR PROGRAMMES-SERVICES

(Fonds d'exploitation – activités principales)

(Informations non auditées)

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	97 699 420 \$	6%	52 759 123 \$	3 %	(44 940 297) \$	-46%
Services généraux – activités cliniques et d'aide	82 015 827 \$	5%	87 954 165 \$	6 %	5 938 338 \$	7%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	328 637 486 \$	21%	292 349 950 \$	19 %	(36 287 536) \$	-11%
Déficiences physiques	48 962 845 \$	3%	53 370 945 \$	4%	4 408 100 \$	9%
Déficiences intellectuelles et TSA	85 520 972 \$	5%	81 839 226 \$	5%	(3 681 746) \$	-4%
Jeunes en difficulté	94 421 352 \$	6%	94 409 906 \$	6%	(11 446) \$	0%
Dépendances	8 617 692 \$	1%	11 394 556 \$	1%	2 776 864 \$	32%
Santé mentale	79 146 458 \$	5%	77 063 231 \$	5%	(2 083 227) \$	-3%
Santé physique	474 402 073 \$	30%	478 117 507 \$	32%	3 715 434 \$	1%
Programmes de soutien						
Administration	93 478 045 \$	6%	98 666 142 \$	7%	5 188 097 \$	6%
Soutien aux services	100 571 477 \$	6%	100 037 189 \$	7%	(534 288) \$	-1%
Gestion des bâtiments et des équipements	101 409 154 \$	6%	82 159 862 \$	5%	(19 249 292) \$	-19%
Total	1 594 882 801 \$	100 %	1 510 121 802 \$	100 %	84 760 999 \$	-5 %

Pour plus d'information sur les ressources financières de l'établissement, il est possible de consulter le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Web du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse ciyssca.com. Ce rapport inclut notamment les états financiers de l'organisation.

L'équilibre budgétaire

L'établissement a clos l'exercice financier 2022-2023 avec un surplus de 54 131 205 \$ ventilé comme suit :

VENTILATION DU SURPLUS DE L'EXERCICE FINANCIER

Fonds d'exploitation	Surplus de l'exercice	3 154 134 \$
Fonds d'immobilisations	Surplus de l'exercice	50 977 071 \$
Total	Surplus de l'exercice	54 131 205 \$

À la lumière des résultats mentionnés ci-dessus, l'établissement a respecté son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière. Le surplus au 31 mars 2023 du fonds d'immobilisations est exceptionnel et provient de la mise en place de la nouvelle norme comptable sur les obligations à la suite de la mise hors service d'immobilisations.

Les contrats de service

Au cours de l'année financière 2022-2023, des contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, ont été conclus, tel que mentionné dans le tableau suivant.

CONTRATS DE SERVICE COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL ET LE 31 MARS

Type de contrat	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	10	14 861 110 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	162	129 771 311 \$
Total	172	144 632 421 \$

¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

² Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

10. Ressources informationnelles

L'année 2022-2023 a permis les réalisations annuelles suivantes en lien avec les enjeux et les priorités en ressources informationnelles :

- Amélioration de l'offre de services à l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux par l'implantation d'un système de traçabilité;
- Rehaussement technologique des serveurs pour diminuer la désuétude du parc informatique;
- Redondance entre la salle des serveurs de Charny et de Beauceville;
- Fermeture des forêts Active Directory de l'ancien centre jeunesse et CRDI;
- Implantation du Tap and Go;
- Migration téléphonie Cisco du CRDI et centre jeunesse et SAT;
- Mise en place du Wi-Fi dans tout le CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Blocage des ports USB;
- Quinze mesures de sécurité;
- Amélioration de l'offre de services par l'informatisation du formulaire SP3 : constat de décès;
- « Accès réseau pertinence » : implantation du guichet d'accès à la première ligne pour la clientèle orpheline;
- Régler des enjeux de désuétude par :
 - le remplacement du système de commande de buanderie le rehaussement de l'environnement technologique de l'imagerie médicale;
 - le rehaussement des bases de données de la région.
- Amélioration de l'offre de service par :
 - la contribution à la livraison du pavillon de l'enseignement;
 - la contribution à la livraison des maisons des aînés et alternatives;
 - la régionalisation et la centralisation des bases de données cliniques de physiologie respiratoire.

11. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
R-4 L'établissement n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec l'indexation et les forfaitaires de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de certains corps d'emploi, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2020-2021	R	Décision du MSSS indiquant aux établissements de ne pas comptabiliser cette charge, puisque la subvention correspondante n'était pas approuvée en date du 31 mars 2021. Une réserve se retrouve également au rapport de l'auditeur pour l'exercice se terminant au 31 mars 2022 puisque les charges sont plutôt comptabilisées à cette date. Une opinion d'audit modifiée se retrouve aussi au rapport de l'auditeur pour l'exercice considéré en raison des incidences de ce problème sur la comparabilité des chiffres de l'exercice considéré et des informations comparatives.	R		
R-5 L'établissement a obtenu une subvention avec les charges et pertes de revenus, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé. L'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne l'exactitude des charges engendrées par la pandémie de COVID-19 dû au volume de transactions et des économies prises en compte en raison des limites inhérentes aux procédures d'audit ayant pu être réalisées.	2020-2021	R				NR
R-7 Comparabilité des chiffres de l'exercice considéré et des informations comparatives en lien avec les immobilisations corporelles et les obligations transférées de la SQI.	2021-2022	R	Les immobilisations corporelles et les obligations rattachées sont maintenant comptabilisées dans l'établissement.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
R-8 Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne le montant comptabilisé et les informations fournies sur les obligations liées à la mise hors service d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2023.	2022-2023	R				NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Depuis l'exercice terminé le 31 mars 2020, le MSSS n'exige plus de mandat d'audit portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées. Ainsi, il n'est plus requis de compléter la section « Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées » de la page 140-00 du formulaire AS-471.						
Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
QAI-3 Des cas de non-conformités aux directives administratives (y compris les circulaires) émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ayant une incidence directe sur la détermination de montants et sur l'information à fournir au rapport financier annuel.	2013-2014	C	Depuis l'exercice terminé le 31 mars 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) n'exige plus de mandat d'audit portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées. Ainsi, il n'est plus requis de compléter la section « Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées » de la page 140-00 du formulaire AS-471 de même que d'y inscrire le suivi aux non-conformités qui en découlent.	R		

12. La divulgation des actes répréhensibles

Dans notre établissement, il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué.

13. Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est de 176 pour l'année 2022-2023, dont 155 en soutien à la mission globale.

Voici quelques actions réalisées par notre établissement afin d'obtenir le rapport financier et le rapport d'activités des organismes communautaires :

- Remise aux organismes communautaires demandeurs du Cadre de gestion ministériel du PSOC du MSSS, qui précise les critères d'attribution d'un montant de rehaussement, lors de la demande annuelle d'aide financière;
- Transmission systématique aux organismes communautaires financés par entente spécifique ou projet ponctuel de lettres et grilles d'allocation exprimant les exigences de reddition de comptes à chacune des allocations ciblées par les modes de financement;
- Envoi d'un avis à tous les organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC rappelant les exigences de la reddition de comptes et l'échéancier balisé par le PSOC;
- Remise aux organismes communautaires subventionnés d'une liste présentant les documents exigés de reddition de comptes tel que déterminé dans le Cadre de gestion ministériel du PSOC du MSSS;
- Suivi de la reddition de comptes auprès de tous les organismes communautaires subventionnés;
- Suivi des obligations de la Convention de soutien financier 2015-2018 – dans le cadre du soutien financier à la mission globale des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux.

Subvention accordée à chacun des organismes communautaires subventionnés par le PSOC se trouve dans le tableau suivant.

SOUTIEN FINANCIER AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES PAR LE PSOC

Organisme	2021-2022	2022-2023
A.P.E.D.A.H. et Plus Beauce-Etchemins	36 287 \$	40 163 \$
Accueil-sérénité	190 203 \$	223 100 \$
Action Jeunesse Côte-Sud	181 431 \$	215 719 \$
Aide aux jeunes contrevenants de Beauce (A.J.C. Beauce)	211 414 \$	217 545 \$
Albatros Lévis (nouvel organisme admis en MG en 2022-2023)	– \$	8 392 \$
Allaitement Québec	66 805 \$	68 742 \$
Alliance-jeunesse Chutes-de-la-Chaudière	199 252 \$	231 272 \$
Amalgame MDJ Ouest	182 273 \$	213 627 \$
Association bénévole Beauce-Sartigan Inc.	315 527 \$	314 242 \$
Association de la fibromyalgie région Chaudière-Appalaches	156 469 \$	171 007 \$
Association de l'action volontaire Appalaches	318 994 \$	328 129 \$
Association de loisirs pour personnes handicapées de L'Islet-Sud	205 852 \$	237 890 \$
Association d'entraide communautaire La Fontaine	259 823 \$	287 609 \$
Association des personnes handicapées de la Chaudière	234 746 \$	265 886 \$
Association des personnes handicapées de Lévis Inc.	488 236 \$	535 742 \$

Organisme	2021-2022	2022-2023
Association des personnes handicapées de Lotbinière	235 044 \$	241 860 \$
Association Horizon Soleil	166 164 \$	220 404 \$
Association pour l'intégration sociale (Région Beauce-Sartigan)	284 323 \$	319 622 \$
Association renaissance des Appalaches	356 081 \$	393 461 \$
Atelier occupationnel Rive-Sud Inc.	213 024 \$	247 243 \$
Au Bercaïl de Saint-Georges	926 054 \$	998 344 \$
Aube de la Paix (1993) Inc.	175 132 \$	230 211 \$
Aux Quatre Vents, groupe d'entraide pour personnes en difficulté psychologique ou psychiatrique	318 596 \$	330 739 \$
CALACS de la Rive-Sud	480 579 \$	499 516 \$
Carrefour des personnes âgées de Lotbinière	181 832 \$	183 301 \$
Centre aide et prévention jeunesse de Lévis	171 252 \$	203 272 \$
Centre Alter-Agir	339 317 \$	460 294 \$
Centre communautaire Normandie Inc.	125 513 \$	146 045 \$
Centre d'action bénévole Beauce-Etchemin (CABBE)	275 136 \$	281 825 \$
Centre d'action bénévole Concert'Action	122 551 \$	141 848 \$
Centre d'action bénévole des MRC de Montmagny et de L'Islet (CECB)	456 916 \$	503 321 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Chaudière-Appalaches Inc.	517 668 \$	532 681 \$
Centre de stimulation l'Intercom	165 024 \$	177 836 \$
Centre de Vie de Bellechasse Inc.	170 934 \$	203 272 \$
Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins	152 238 \$	176 731 \$
Centre d'entraide de la région de Disraeli	110 500 \$	125 936 \$
Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny	6 317 \$	6 500 \$
Centre d'Équithérapie La Remontée	74 332 \$	76 488 \$
Centre Domrémy des Appalaches Inc.	351 630 \$	401 168 \$
Centre Ex-Equo	839 032 \$	997 533 \$
Centre Femmes La Rose des Vents Inc.	221 668 \$	233 097 \$
Centre Femmes L'Ancrage	209 477 \$	220 552 \$
Centre la Barre du Jour	263 111 \$	281 592 \$
Centre Yvon-Mercier	387 489 \$	526 315 \$
Centre-Femmes « La Jardilec » Inc.	219 946 \$	231 325 \$
Centre-Femmes de Beauce Inc.	241 885 \$	253 899 \$
Centre-Femmes de Bellechasse	209 950 \$	221 039 \$
Centre-Femmes de Lotbinière	228 601 \$	254 231 \$
Club Parentaïde Beauce-Centre	14 352 \$	17 268 \$
Comptoir Le Grenier	224 675 \$	233 618 \$
Convergence action bénévole	548 080 \$	576 147 \$
Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (MCDC)	57 481 \$	59 148 \$

Organisme	2021-2022	2022-2023
Coup de pouce nourrice	41 531 \$	47 736 \$
Entraide Solidarité Bellechasse	225 621 \$	237 164 \$
Entraide Sainte-Croix	21 567 \$	26 369 \$
Espace Chaudière-Appalaches	387 608 \$	403 849 \$
Frigos Pleins	115 346 \$	141 862 \$
Grands Frères Grandes sœurs des Appalaches	134 491 \$	177 391 \$
GRIS Chaudière-Appalaches	177 277 \$	182 418 \$
Groupe d'accompagnement Jonathan Inc.	127 247 \$	148 701 \$
Groupe d'Entraide Cancer et Vie	112 846 \$	131 862 \$
Groupe espérance et cancer	134 974 \$	161 494 \$
Havre L'Éclaircie Inc.	1 089 378 \$	1 267 741 \$
Intervalle	420 105 \$	419 003 \$
La Chaudronnée du Bel Âge	28 052 \$	28 866 \$
La Corporation de solidarité en sécurité alimentaire de Lotbinière	115 346 \$	131 862 \$
La Croisée - regroupement de parents, amis(es) de la personne atteinte de maladie mentale - MRC des Appalaches	192 628 \$	218 323 \$
La Croisée des Chemins	256 902 \$	305 015 \$
La Frontière	178 092 \$	184 449 \$
La Gîtée Inc.	1 115 029 \$	1 352 498 \$
La Jonction pour elle Inc.	1 297 734 \$	1 505 698 \$
La Maison des aînés de Lévis Inc.	99 579 \$	102 351 \$
La Maison des jeunes de Charny Inc.	166 164 \$	197 051 \$
La maison des jeunes de la MRC Robert-Cliche	171 252 \$	203 272 \$
La maison des jeunes de Montmagny Inc.	166 164 \$	197 051 \$
La Maison des jeunes de Saint-Étienne-de-Lauzon Inc.	166 164 \$	197 051 \$
La Maison des jeunes de Saint-Jean-Chrysostome Inc.	166 164 \$	197 051 \$
La Maison des jeunes de Thetford Mines	196 998 \$	228 779 \$
La Maison des jeunes Isotope de Saint-Malachie	25 308 \$	61 042 \$
La Maison des jeunes L'Azymut Est * Ouest	166 164 \$	197 051 \$
La Maison du Tournant inc.	414 047 \$	470 212 \$
La Passerelle, groupe d'aide et d'entraide pour personnes vivant avec un problème de santé mentale	414 016 \$	420 639 \$
La Popote roulante des Aulnaies	16 098 \$	16 565 \$
La Rencontre, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	231 039 \$	253 782 \$
La Ruche de Saint-Romuald Inc.	166 164 \$	197 051 \$
La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches	383 032 \$	388 995 \$
La Société Grand Village Inc.	133 883 \$	163 966 \$
La Tournée des marmitons de Montmagny	16 059 \$	12 394 \$
L'Adoberge Chaudière-Appalaches	531 960 \$	745 087 \$

Organisme	2021-2022	2022-2023
L'A — Droit de Chaudière-Appalaches	210 546 \$	222 465 \$
L'Ancre, regroupement des parents et amis des personnes atteintes de maladie mentale	192 129 \$	218 305 \$
L'Arc-en-Ciel, regroupement de parents et de personnes handicapées	554 729 \$	611 479 \$
L'Arche le Printemps Inc.	646 280 \$	670 022 \$
L'Association des personnes handicapées de Bellechasse (L'A.P.H.B.)	184 740 \$	201 338 \$
L'Association des TCC des Deux Rives (Québec - Chaudière-Appalaches)	89 744 \$	92 347 \$
Laura Lémervel	26 849 \$	27 628 \$
Le Carrefour Employabilité - Travail de rue	171 252 \$	203 272 \$
Le Centre de parrainage de la jeunesse de Beauce	186 633 \$	221 943 \$
Le Cercle de l'amitié de Cap St-Ignace	18 244 \$	18 773 \$
Le Comptoir d'aide Le Fouillis Inc.	18 378 \$	18 911 \$
Le Contrevent, pour l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale	312 679 \$	318 252 \$
Le Filon	178 841 \$	224 496 \$
Le Havre des femmes	1 032 038 \$	1 201 175 \$
Le Havre, groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale	283 457 \$	297 159 \$
Le Murmure, groupe d'entraide de personnes ayant ou ayant eu un problème de santé mentale	222 873 \$	251 811 \$
Le Patro de Lévis Inc.	14 217 \$	14 629 \$
Le Rappel groupe d'entraide de personnes atteintes d'une maladie mentale	326 668 \$	337 865 \$
Le Re-lait Montmagny-L'Islet	33 218 \$	39 181 \$
Le Service d'entraide de Charny Inc.	116 717 \$	130 102 \$
Le Sillon regroupement des parents et amis de la personne atteinte d'une maladie mentale	281 219 \$	288 747 \$
Le Trait d'Union, groupe d'entraide pour personnes ayant des troubles de santé mentale	330 801 \$	350 377 \$
L'Entraide Pascal-Taché Inc.	176 341 \$	209 496 \$
Les amies de Panet	18 266 \$	23 796 \$
Les nouveaux sentiers de la MRC de L'Islet	192 628 \$	218 323 \$
L'Essentiel des Etchemins	115 346 \$	131 862 \$
L'Éveil, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	221 243 \$	247 768 \$
Lien-Partage Inc.	263 674 \$	269 118 \$
L'Interface, organisme de justice alternative	243 005 \$	255 052 \$
L'Oasis de Lotbinière Inc.	233 982 \$	259 379 \$
Maison de jeunes L'Olivier des Etchemins	195 417 \$	228 138 \$
Maison de la famille Beauce-Etchemins	158 054 \$	162 638 \$
Maison de la famille Chutes-Chaudière	2 131 \$	2 193 \$
Maison de la famille de Bellechasse	21 439 \$	22 060 \$
Maison de la famille de la MRC de L'Islet Inc.	28 838 \$	29 674 \$
Maison de la famille de Lotbinière	24 683 \$	25 399 \$
Maison de la famille Nouvelle-Beauce	18 668 \$	21 709 \$

Organisme	2021-2022	2022-2023
Maison de la famille R.E.V. Rive-Sud	125 653 \$	129 297 \$
Maison de la famille Rive-Sud	2 131 \$	2 193 \$
Maison des jeunes « St-Henri »	108 645 \$	111 796 \$
Maison des jeunes « L'Utopie »	171 013 \$	202 041 \$
Maison des jeunes de Beauce-Sartigan	250 671 \$	287 968 \$
Maison des jeunes de L'Islet-Nord	192 227 \$	223 870 \$
Maison des jeunes de Saint-Michel de Bellechasse	67 415 \$	69 370 \$
Maison des Jeunes d'East Broughton	103 994 \$	157 010 \$
Maison des jeunes Défi-Ados	166 164 \$	197 051 \$
Maison des jeunes des Frontières du Sud	166 164 \$	197 051 \$
Maison des jeunes du Lac Aylmer	111 640 \$	164 878 \$
Maison des jeunes Saint-Raphaël	165 703 \$	197 051 \$
Maison l'Éclaircie	20 767 \$	21 369 \$
Maison l'Odyssée Jeu Alcool Drogues	181 941 \$	211 348 \$
Mesures alternatives jeunesse Frontenac Inc.	208 030 \$	219 063 \$
Moisson Beauce Inc.	151 294 \$	129 957 \$
Nouvel essor	391 277 \$	391 375 \$
Ouvre ton cœur à l'espoir	113 691 \$	149 637 \$
Parentaïme - Maison de la famille des Etchemins	12 008 \$	12 356 \$
Parents d'Anges Beauce-Etchemins	76 567 \$	128 787 \$
Partage au masculin Beauce	321 635 \$	338 632 \$
Personnes handicapées en action de la Rive-Sud	228 834 \$	240 470 \$
Popote roulante L'Islet Inc.	31 815 \$	32 738 \$
Présence Lotbinière	130 300 \$	149 822 \$
Projet M.D.J. Saint-Isidore Inc.	53 475 \$	55 026 \$
Regroupement des jeunes de Lotbinière	175 227 \$	207 362 \$
Regroupement des personnes aidantes de Lotbinière	210 212 \$	243 362 \$
Regroupement des personnes handicapées physiques de la région de Thetford Mines (RPHPRT)	209 323 \$	242 447 \$
Regroupement des proches aidants de Bellechasse	210 906 \$	244 076 \$
Réhab	540 818 \$	606 502 \$
Réseau d'entraide des Appalaches	212 099 \$	245 303 \$
Ressource Le Berceau Inc.	229 444 \$	242 098 \$
Ressources-Naissances	183 556 \$	217 099 \$
ROPHRCA	50 806 \$	39 209 \$
S.O.S. Onde Amitié	126 763 \$	150 509 \$
Santé Mentale Québec - Chaudière-Appalaches	245 285 \$	271 565 \$
Service d'entraide Bernières-St-Nicolas Inc.	81 917 \$	84 292 \$

Organisme	2021-2022	2022-2023
Service d'entraide de Breakeyville	217 883 \$	213 767 \$
Service d'entraide de Pintendre	115 459 \$	136 092 \$
Service d'entraide de Saint-Lambert-de-Lauzon	111 261 \$	129 292 \$
Service d'entraide de Saint-Jean-Chrysostome	114 748 \$	132 880 \$
Service d'entraide de Saint-Rédempteur Inc.	117 626 \$	135 841 \$
Service d'entraide de Saint-Romuald Inc.	121 480 \$	139 807 \$
Service d'entraide Saint-Étienne	57 887 \$	59 565 \$
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec Inc.	171 229 \$	176 195 \$
Société de réadaptation et d'intégration communautaire (S.R.I.C.)	976 030 \$	992 864 \$
Soupe au bouton	118 367 \$	137 787 \$
Stan-Jeunes	5 285 \$	5 438 \$
Table régionale des organismes communs actifs en santé mentale (Région - 12)	13 566 \$	13 959 \$
Table régionale des organismes communautaires Chaudière-Appalaches	172 294 \$	185 198 \$

ANNEXE

**Code d'éthique
et de déontologie
des membres
du conseil
d'administration**

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec 

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

NUMÉRO : REG-CA2016-007

Préparé par : <i>Le ministère de la Santé et des Services sociaux</i>	Référence : <i>Loi sur le ministère du conseil exécutif (chapitre M-30)</i>
Recommandé par : <i>Le comité de gouvernance et d'éthique, le 27 janvier 2016</i> Adopté par : <i>Le conseil d'administration</i> Résolution numéro : 2016-03-10.1	En vigueur : <i>Le 27 janvier 2016</i> Révisé:

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration – Page 1

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	10
Section 4 — APPLICATION.....	12
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	17
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	18
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	19
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	20
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	21
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	22
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	23

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbying* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujéti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

¹ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discretion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.

- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

SECTION 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

- a) un état des faits reprochés;
- b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
- c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du - _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du _____ due aux faits suivants :

Signature _____

Date [aaaa-mm-jj] _____

Lieu _____

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration du _____, déclare les
éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

- ☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- ☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

- ☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.
- ☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés] :

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
président-directeur général et membre d'office du _____,
déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

- ☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- ☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

- ☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.
- ☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**www.
cissca.
com**



**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 